№ 4. WARSZAWA, KWIECIEŃ 1938 ROK X

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Z Oddziału Urologicznego Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Ordynator Dr. Emil Michałowski.

Podał T. DOENING, Asystent Oddziału.

KWAS MIGDAŁOWY I JEGO POŁĄCZENIA W LECZENIU.

Niedawno, bo zaledwie przed około 20 laty, wypowiedział *Suter* zdanie, że usunięcie zakażenia pałeczką okrężnicy (bakt. Coli) z dróg moczowych jest praktycznie wręcz nieosiągalne. Jest w tym zdaniu przesada, podkreśla ono jednak dobrze trudności napotykane w leczeniu „coli-bacillurii“, Wprowadzenie do lecznictwa kwasu migdałowego stanowi pod tym względem duży krok naprzód, kto wie, czy nie przełom w leczeniu zakażeń pałeczką okrężnicy.

Zanim omówimy własności tego środka i wyniki uzyskane zarówno przez autorów obcych, jak i na materiale własnym — kilka słów o historii wprowadzenia kwasu migdałowego do lecznictwa.

Dieta ketorodna. Ważną rolę odegrał, jak często, przypadek. Zauważono, stosując u epileptyków dietę ketorodną, jej korzystny wpływ leczniczy na przebieg zakażeń dróg moczowych. Jak wiadomo, dieta ketorodna polega na wyeliminowaniu z pokarmów węglowodanów przy przewadze pokarmów tłuszczowych. Stosunek węglowodanów do białka i do tłuszczy ma się jak 1 : 2 : 4.

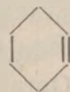
Ograniczenie dowozu cukru potrzebnego do całkowitego spalenia tłuszczów powoduje, przy obfitym dowozie substancyj tłuszczowych, powstawanie produktów niezupełnego rozkładu tłuszczów w moczu pod postacią ciał ketonowych t. j. ketonów i oksykwasów (kwas beta-oksymasłowy i kwas acetooctowy). Ciała te są powodem zakwaszenia mo-

czu. W roku 1931 *A. E. Clark* i *F. H. Helmholtz* pierwsi zastosowali dietę ketorodną w przypadkach zakażeń dróg moczowych pałeczką okrężnicy. *Clark* uzyskał w przypadku przewlekłym i uporczywym jałowość moczu po 12-tu dniach. Było rzeczą już dawno stwierdzoną (*Sholl* i *Janney* — r. 1917), że pałeczka okrężnicy nie rozwija się przy pH moczu równającym się 4,6 — 5,0. W r. 1933 *Fuller* zastosował dietę ketorodną w 54 przypadkach zakażeń dróg moczowych po porodzie. W 24 przypadkach uzyskał jałowość moczu po 18-tu dniach. Na 54 przypadków w 18 stwierdzono pałeczkę okrężnicy. Nawroty ustępowały rychło po powtórnym zastosowaniu diety ketorodnej. Dieta ketorodna miała jednak z wielu względów strony ujemne. Stosowanie takiej diety wymaga stałego i dokładnego nadzoru lekarskiego, a ze względu na dużą ilość tłuszczów jest ona ciężko strawną. Często występują wymioty i nudności.

Spostrzeżenia dotyczące działania kwasu beta oksymasłowego były dalszym etapem w ustalaniu się dzisiejszych metod leczenia zakażeń dróg moczowych.

Według *Helmholtza* ciałem szczególnie czynnym pojawiającym się w moczu przy diecie ketorodnej, jest kwas beta oksymasłowy. Kwas ten wyizolował w r. 1933 *Fuller* z moczu po zastosowaniu diety ketorodnej. Działanie kwasu beta-oksymasłowego jest zależne od stężenia jonów wodorowych w moczu. Podawanie tego kwasu „per os“ okazało się jednak bezskuteczne, ponieważ kwas beta-oksymasłowy rozkłada się na kwas węglowy i wodę przed dostaniem się do nerek. Z tego właśnie powodu zaczęto poszukiwać kwasu, któryby był bardziej stały i wydalał się z moczem w stanie nierozłożonym. Próbowano stosować kwas hydroksyproniowy, lewulozowy, z kwasów aromatycznych kwas benzoilooctowy, wreszcie kwas migdałowy (*Rosenheim*). Jedynym kwasem, który wydalał się przez nerki psa bez rozkładu, był właśnie kwas migdałowy. „In vitro“ działa bakteriobójczo w ciepłocie 37° C. na pałeczkę okrężnicy, przy czym działanie jest zależne od pH moczu. Działanie „in vivo“ uzależnione jest od dwóch czynników t. j. stężenia kwasu migdałowego w moczu i od pH moczu.

Właściwości fizyczne i chemiczne kwasu migdałowego. Nazwa pochodzi od *Fileti'ego* (1878). Jest to ciało ze serii aromatycznej o wzorze: $C_6 H_5 CH (CH) COOH =$ CHOH-COOH



czyli kwas fenilooksyloctowy — alfa hydroksy-alfa toluowy. Otrzymuje się go przez działanie kwasu solnego na amygdalinę (glikozyd — *Robiquet* 1835). Z reakcji tej otrzymujemy glukozę, amoniak i kwas feniloglikonowy czyli kwas migdałowy. Amygdalina znajduje się w du-

żych ilościach w gorzkich migdałach. Kwas migdałowy jest białym proszkiem krystalicznym o charakterystycznym smaku. Rozpuszcza się łatwo w alkoholu, eterze i wodzie. Jego punkt topienia równa się 118 — 120° C. Jest stały i nietrujący. U psa nawet 5 gr. nie powoduje zatrucia. Jak wspomniano, odkażająco działa kwas migdałowy tylko przy odpowiednim pH moczu.

Pierwsze wyniki stosowania kwasu migdałowego w leczeniu zakażnym dróg moczowych były nader zachęcające. Tak np. *Carrol* i *Levitis* na 37 przypadków „colibacilurii" leczonych kwasem migdałowym w 100%-ach otrzymali posiewy jałowe, przeciętnie po 7 dniach. *Dolan* na 16 przypadków podobnie w 100%-ach, *Holling* i *Platt* na 29 przypadków w 24 wyleczenie. *Rosenheim* badał działanie kwasu migdałowego na 12 przypadkach; w 7-miu z nich uzyskał jałowość moczu (10 — 20 dni), w 4-ch poprawę, a w 1 przypadku nie uzyskał efektu leczniczego. Dobre wyniki stwierdzono również w leczeniu kwasem migdałowym zakażeń narządu moczowego u dzieci (*Wheeler*). W listopadzie 1936 podają *Camb* i *Lond* wyniki 93 przypadków, gdzie uzyskano dodatni efekt leczniczy w 71%. W tym czasie stosują kwas migdałowy u dzieci z dobrym wynikiem *Newns, Wilson, Lond* i *Mc. Gill*. Wyniki w zapaleniu miedniczek nerkowych podczas ciąży nie były dobre, co się tłumaczy łatwo szczególnymi cechami zakażenia ciążowego (ucisk mechaniczny — *Rosenheim*). Stosowanie kwasu migdałowego w czasie karmienia nie jest szkodliwe, o ile tylko ilość płynów nie jest mniejsza jak 2.000 cm³ na dobę. Mechanizm działania kwasu migdałowego na pałeczkę okrężnicy nie jest jeszcze dostatecznie znany. Możliwe, że chodzi tu o działanie jak w diecie ketorodnej, o zmianę oddziaływania moczu. Jak już parokrotnie wspomniano, siła bakteriobójcza kwasu migdałowego zależy od jego stężenia w moczu i pH. Optymalne działanie przy stężeniu 0,25% kwasu migdałowego osiąga się gdy pH równa się 5,0.— Dla uzyskania tego samego efektu potrzeba przy pH = 5,3 stężenia wyższego, t. j. 0,50%, przy pH = 5,3 — 5,8 stężenie = 1%. Praktycznie łatwiej regulować pH moczu niż stężenie kwasu migdałowego w moczu.

Kultura umieszczona in vitro w 5 cm³ moczu w cm$_3$	Drobno-ustroje na cm$_3$	Kwas migd. 1%-owy P PH				Kwas migd. 0,5% PH			kwas beta oksym. PH
0,10	7,000.000.	5,0 0	5,3 0	5,5 300	5,7 ∞	5,1 80	5,4 ∞	5,4 ∞	6, 2 580

TABLICA I.

Tablica I. z dośw. *Rozenheima*. Wykazano zależność działania bakteriobójczego kwasu migdałowego od jego stężenia i od pH moczu.

Jeśli do 5 cm^3 moczu, zawierającego 0,10 kultury b. *Coli dodamy* kwasu migdałowego 0,5% — 1%-owego, to mocz ten pozostaje jałowy, gdy pH wyniesie albo 5,3, albo jest mniejsze aniżeli 5,3. Przy pH 5,4 zaczyna się wzrost bakterii, przy pH 5,7 wzrost w nieskończoność.

Kwas migdałowy przyjmowany „per os" wydala się z moczem nierozłożony. Po podaniu kwasu migdałowego w ilości 5 gr. — 80% wydala się z moczem w ciągu 24 godzin. W dwie godziny po podaniu wydala się 0,38%, w 4 godziny — 0,60%. Do 10 godzin stężenie utrzymuje się na tej samej wysokości, poczym opada. Można zatym przez podawanie kwasu migdałowego w krótkich odstępach czasu, utrzymywać stałe jego stężenie w moczu (np. 4 × dziennie po 3 gr. stężenie = 1,14%).

Podczas leczenia występują niekiedy przykre objawy uboczne, jak np. wymioty, szum w głowie, nudności, duszność przy wysiłkach, zmęczenie. Wszystkie jednak te objawy są o słabym nasileniu i mijają szybko po przerwaniu podawania kwasu migdałowego. Czasami występują również biegunki, czy też objawy podrażnienia nerek; krwiomocz drobnowidowy stwierdził *Dolan*, a *Cook* i *Butchell* stwierdzili wzmożenie azotu pozabiałkowego i upośledzenie wydalania P.S.P. Spostrzegane objawy uboczne podczas leczenia kwasem migdałowym występują przede wszystkim u kobiet i w ostrym stadium zakażeń dróg moczowych. Przy podawaniu kwasu migdałowego zasób zasad we krwi spada (wedle *Duvergey* i *Caperaa* z 49,1 CO_2% na 36,6 CO_2%, dlatego z podaniem kwasu migdałowego u chorych cukrzycznych należy być ostrożnym.

S p o s ó b s t o s o w a n i a k w a s u m i g d a ł o w e g o. Podaje się go w ilości najwyżej 12 gr. na dobę. Autorowie francuscy zalecają podawanie w roztworze z Natrium bicarb.

Jeśli się stosuje sam kwas migdałowy, należy podać równocześnie środek zakwaszający czy dietę kwasorodną, która jest dość przykra, polega bowiem na wyeliminowaniu cukrów (potrawy mączne, ciastka, konfitury, chleb), ograniczenie mięsa, a podaniu dużej ilości tłuszczów. Płyny należy zredukować do 1 litra na dobę. Jako napój polecają autorowie francuscy wino. Jako środka zakwaszającego można użyć kwasu: fosforowego, solnego, będźwinowego, najlepiej zaś chlorku amonu, w ilości 2 — 5 gr. na 24 godzin (po 2 tabletki a 0,5 — 4 razy dnia). Kwas migdałowy podawać należy w ciągu 7 — 20 dni najwyżej. Po tym czasie organizm się przyzwyczaja i kwasota moczu obniża się. Należy przeto przerwać na 2 tygodnie podawanie kwasu migdałowego, poczym można powtórzyć leczenie. Podczas leczenia stała kontrola pH moczu jest konieczna. Do preparatów kwasu migdałowego dołączone są wskaźniki papierowe, które zmieniają kolory zależnie od pH moczu. *Duvergey* i *Caperaa* stosują także roztwory kwasu migdałowego do przepłókiwań pęcherza i miedniczek nerkowych w przypadkach uporczywych (2%-owy kwas migdałowy zobojętniony)

Przeciwwskazania do podawania kwasu migdałowego stanowią: gruźlica nerek, azocica oraz niewydolność miąższu nerkowego. Na zakażenia powstałe na skutek zastoju moczu (przerost sterczu, kamica, zwężenia, nowotwory) wpływu leczniczego oczekiwać nie możemy.

Spostrzeżenia własne. W Polsce ukazał się niedawno kwas migdałowy w handlu pod nazwą Ketonyl Klawe. Preparat ten (w ilości 100 gr. we flaszce) pod postacią granulek zawiera 40% kwasu migdałowego, 33% kwaśnego fosforanu sodu, 26% dwuwęglanu sodu i substancje smakowe. Na Oddziale Urologicznym Państw. Szpit. św. Łazarza w Krakowie w ostatnim roku leczyliśmy 20 przypadków zakażeń dróg moczowych Ketonylem.

Sposób leczenia: Przed rozpoczęciem leczenia badano mocz bakteriologicznie. Podawano Ketonyl 4 razy dziennie w ilości dwu łyżeczek w ciągu 7 — 14 dni. W tym okresie codziennie kontrolowano pH moczu (komparatorem Wallpola — metoda Michaelisa). Co 2 — 3 dni kontrolowano mocz bakteriologicznie. Dieta z podaniem mięsa, z wykluczeniem jarzyn, owoców oraz mleka. Płyny ograniczono do 1,000 cm^3 na 24 godzin. W żadnym przypadku nie było konieczne dodatkowe podawanie środka zakwaszającego.

Ze względu na jakość schorzenia notowano:

Zapalenie miedniczek nerkowych i pęcherza	— 6 przypadków
Zapalenie pęcherza	— 12 „
Przerost sterczu z częściowym zatrzymaniem moczu i nieżytem pęcherza	— 2 „
Razem	— 20 przypadków

Ze względu na jakość drobnoustrojów zakażających stwierdzono:

Pałeczkę okrężnicy	w 15 przypadkach
Pałeczkę okrężnicy i drobnoustroje nie dające się bliżej określić	w 3 „
Ziarenkowce	w 1 „
Paciorkowce	w 1 „
Razem	w 20 przypadkach

Na 15 przypadków zakażeń pałeczką okrężnicy wyleczenie zupełne nastąpiło w 14 przypadkach. Jałowość moczu uzyskano w okresie 8 — 16 dni, przeciętnie po 12 dniach. Na 3 przypadki zakażenia mięszanego, uzyskano poprawę podmiotową w 2-ch przypadkach, a tylko w 1-nym wyleczenie. W obu przypadkach zakażenia ziarenkowcami i paciorkowcami nie uzyskano żadnego wyniku. W jednym przypadku zakażenia pałeczką okrężnicy nie uzyskano pH moczu niższego, od 5,8. Możliwe, że to był powód, dla którego nie uzyskano wyleczenia. Na 14 przypadków wyleczono 10 po jednorazowym zastosowaniu leczenia, bez nawrotów. W 4-ch pozostałych przypadkach wystąpiły nawroty, które po powtórze-



Połączenie substancji jajnikowych z lekami uspokajającymi i regulującymi ciśnienie krwi

Prokliman

przyczynowe i objawowe leczenie zaburzeń okresu przekwitania

Drażetki

zwalczanie dolegliwości menopauzy naturalnej i sztucznie wywołanej

Bóle i zawroty głowy, uderzenia krwi do głowy, podniecenie, bezsenność, zaparcie stolca, nieregularne krwawienia.

Pabianicka Spółka Akcyjna Przemysłu Chemicznego, Pabianice.





FABRYKA CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA AP. KOWALSKI. WARSZAWA I, UL. SIENNA 39

niu dawki Ketonylu 100 gr. uległy zupełnemu wyleczeniu. Najlepsze wyniki uzyskano w tych przypadkach, w których pH moczu szybko dały się obniżyć do 5,2 a nawet do 5,0 — 4,8 (w 4-ch przypadkach). W przypadkach zakażeń na tle zastoju wyniki były ujemne.

Na podstawie własnych spostrzeżeń na materiale Oddziału Urologicznego Szpitala św. Łazarza w Krakowie stwierdzamy, że:

1) Działanie bakteriobójcze Ketonylu jest skierowane przede wszystkim przeciwko pałeczce okrężnicy.

2) Jałowość moczu przy leczeniu Ketonylem uzyskać można w ciągu 7 — 18 dni.

3) Efekt leczniczy zależny jest od pH moczu, im niższe pH, tym szybsze wyleczenie.

4) Objawy uboczne pod postacią nudności czy wymiotów w czasie leczenia Ketonylem stwierdza się bardzo rzadko.

5) Przeciwwskazaniem do leczenia Ketonylem jest niewydolność miąższu nerkowego.

Z powyższego wynika, że „Ketonyl" — jako preparat kwasu migdałowego, który znalazł obecnie tak szerokie zastosowanie w lecznictwie zakażeń dróg moczowych, nadaje się w zupełności do użycia w przypadkach stanów zapalnych dróg moczowych, zarówno ostrych jak i przewlekłych, spowodowanych pałeczką okrężnicy.

Szczegółowe piśmiennictwo, dotyczące kwasu migdałowego i jego pochodnych znajduje się w pracy *Duvergey* i *Capera* w Journ. d'Urologie, Luty, 1936.

Dr. H. ZALCMAN (Warszawa).

WYSTĘPOWANIE NAPADOWEGO MIGOTANIA PRZEDSIONKÓW PO WSTRZYKNIĘCIU INSULINY.

Napadowe migotanie przedsionków nie jest bynajmniej zjawiskiem wyjątkowo rzadkim. Występuje ono najczęściej u osobników z wadami mitralnymi lub zmianami zwyrodnieniowymi na tle stwardnienia tętnic jako wyraz nadmiernej pobudliwości mięśnia sercowego na nikłe niekiedy bodźce odruchowe i stanowi zwykle wstęp do utrzymującej się stale niemiarowości zupełnej. Niekiedy jednak spostrzega się występowanie napadowego migotania przedsionków u osobników, nie wykazujących ani przed ani też po napadzie żadnych uchwytnych zmian w zakresie narządu krążenia, przy czym napadowe migotanie ujawnia się zwykle w przebiegu ostrej kamicy żółciowej lub nerkowej, ostrego nieżytu jelit i t. p. Przypadki tego typu tłumaczy się odruchowym podrażnieniem zakończeń

nerwu błędnego, które w konsekwencji wyzwala napadowe migotanie przedsionków.

Dwa spostrzegane przeze mnie przypadki napadowego migotania przedsionków po wstrzyknięciu insuliny przemawiają za hypotezą, uzależniającą powstawanie tego zjawiska od obwodowego podrażnienia nerwu błędnego przy współistnieniu wzmożonej pobudliwości mięśnia sercowego.

Przypadek 1-szy dotyczy chorego M. S., l. 57, który już od szeregu lat miewał napady dławicy piersiowej. Rok temu przebył zawał mięśnia sercowego, po 8 tygodniach wrócił do pracy. Mimo braku wyraźniejszych objawów niewydolności serca i utrzymywania się ciśnienia tętniczego w granicach 160—165/90, a więc wartości zbliżonych do wysokości ciśnienia przed zawałem, chory musiał przerwać pracę z powodu łatwego męczenia się i postępującego osłabienia. Ostatnio zaznaczył się wybitny ubytek na wadze mimo zachowanego łaknienia. Celem zahamowania postępującego wychudzeniu choremu zalecono wstrzykiwania podskórne insuliny po 10 jednostek dziennie. W ¾ godziny po pierwszym wstrzyknięciu insuliny chory poczuł nagle dziwny niepokój i drżenie w okolicy serca, zbladł i stracił na chwilę przytomność. W czasie napadu tętno całkowicie niemiarowe, słabo wypełnione i napięte, ciśnienie krwi 110/50, ilość uderzeń serca około 160 na 1 m. Po wstrzyknięciu 2 cm^3 digipuratu domięśniowo, stan chorego nieco lepszy, ilość uderzeń serca około 120 na 1 m., niepokój w sercu mniejszy; chory otrzymał jeszcze 0,2 digipuratu w czopku i dopiero po 12 godzinach czynność serca całkowicie się umiarowiła. Od napadu upłynęło już 6 tygodni, akcja serca jest nadal miarowa, przy czym zaznaczyć należy, że u chorego nigdy uprzednio nie stwierdzało się niemiarowości zupełnej, niekiedy tylko występowały skurcze dodatkowe.

Przypadek 2-gi dotyczy chorego S. L., lat 48, z objawami chromania przestankowego, bez uchwytnych zmian w zakresie narządu krążenia. W ½ godziny po wstrzyknięciu 20 jedn. insuliny wystąpiło gwałtowne kołatanie serca z jednoczesnym uczuciem „zaciskania“.
Objektywnie migotanie przedsionków typu szybkiego (około 140 na 1 m.), w 48 godzin po podaniu 0,6 naparstnicy i 1,5 g. chinidyny akcja serca miarowa, 68 — 72 na 1 m.

Po 4-dniowej przerwie zastosowano 2 r. dz. po 5 jedn. insuliny, stopniowo podnosząc 2 r. dz. po 10 jedn., nie stwierdzono przy tym ani jednego podobnego napadu.

Obecnie po upływie 8 miesięcy od chwili napadu czynność serca jest całkowicie miarowa.

W obydwu tych przypadkach w niedługim czasie po wstrzyknięciu insuliny ujawniło się napadowe migotanie przedsionków. Możnaby było przypuścić, że zachodzi tu tylko przypadkowy zbieg okoliczności i że niema wyraźnego związku przyczynowego pomiędzy wstrzyknięciem insuli-

ny a wystąpieniem napadowej niemiarowości zupełnej. Uwzględniając jednak, że u żadnego z tych chorych nie stwierdzało się dotąd żadnych poważniejszych zaburzeń miarowości i że po zaprzestaniu względnie zmniejszeniu dawki insuliny napady migotania ustąpiły zupełnie, należy raczej przychylić się do wniosku, że insulina była czynnikiem wyzwalającym napady.

Jaki był mechanizm napadowego migotania przedsionków w powyższych przypadkach?

Wydaje się prawdopodobnym przypuszczenie, że u obu chorych istniała pewna gotowość do migotania, uwarunkowana zmianami zwyrodnieniowymi serca na tle stwardnienia tętnic; wprawdzie u drugiego chorego brak było wyraźnych zmian w sercu, jednak istnienie zmian miażdżycowych w obrębie tętnic piszczelowych pozwalało na doszukiwanie się podobnych zmian i w zakresie tętnic wieńcowych. Przy istniejącej gotowości wstrzyknięcie insuliny, działającej wybitnie vagotropowo wyzwoliło napad migotania przedsionków.

Przypadki powyższe nakazują pewną ostrożność w stosowaniu insuliny u osobników ze zmianami zwyrodnieniowymi mięśnia sercowego ze względu na możliwość wystąpienia niepożądanego bądź co bądź powikłania. W przypadkach, w których stosowanie insuliny jest bezwzględnie wskazane jak np. w cukrzycy i chromaniu przestankowym należałoby raczej podawać małe dawki, nieprzekraczające 5 wzgl. 10 jedn., w razie potrzeby kilkakrotnie w ciągu dnia.

Mogłoby się również okazać celowe jednoczesne podawanie chinidyny celem zmniejszenia pobudliwości mięśnia sercowego.

Dr. N. POZNAŃSKI.

LECZENIE SCHIZOFRENII.

(dokończenie).

W miarę stosowania metody Sakla, szereg autorów z Saklem na czele zaczął coraz bardziej się odchylać od pierwowzoru leczniczego. Zaczęto dostosowywać się do różnych postaci schizofrenii. Sakel (1936) stosuje różne techniki do trzech głównych postaci schizofrenii: postać paranoidalna, postać osłupieniowa i podniecenie katatoniczne. Leczenie powinno być kierowane nie według pierwotnego rozpoznania postaci klinicznej ale stosownie do zmiany obrazu klinicznego wywołanego przez leczenie.

Zespół paranoidalny, który daje najpiękniejsze wyniki, jest w dalszym ciągu leczony metodą pierwowzorową — z pewnym zresztą wy-

jątkiem — mianowicie w pierwszym okresie stosuje się insulinę tylko raz dziennie naczczo. W stanach *osłupieniowych (stupor)* nie należy przynajmniej na początku leczenia wywoływać śpiączki, należy raczej przerwać stan hipoglikemii gdy tylko się pojawiają objawy „aktywacji", polegające albo na nagłym pobudzeniu, albo na ruchliwości, albo na ledwo dostrzegalnej zmianie układu psycho-ruchowego. Jeżeli nie zatrzymujemy się przy tych objawach i przedłużamy stan hipoglikemii aż do śpiączki, to pogarszamy stan osłupieniowy. Należy jednak dojść do stanu śpiączkowego, jeżeli osobnik w stanie osłupienia nie przejawia żadnych objawów aktywacji. Dawki insuliny zastosowane wtedy muszą być takie, aby wywołały śpiączkę.

W *ruchliwości katatonicznej* stosuje się insulinę dwa-trzy razy dziennie. Dążymy tu najpierw do uspokojenia chorego i stopniowo dochodzimy do dawki wywołującej śpiączkę. Przerywamy jednak hipoglikemię gdy usypianie zbliża się do śpiączki. W tej to chwili odżywianie zgłębnikiem może być wykonane bez oporu. Dokładne badania Claude'a wykazały, że chory po obudzeniu się po szoku, znajduje się w stanie euforii i odczuwa potrzebę mówienia i wywnętrzania się. Należy go umieścić w oddzielnym pokoju w spokoju i ciszy. Obserwuje się, mówi Claude, odblokowanie kompleksów ukrytych i utajonych i łatwą *eksterioryzację* majaczeń (Bauer, Guiraud, Nadet). Bersot w roku 1936 pokazał film, w którym można było dokładnie zaobserwować objawy występujące po szoku insulinowym.

Pierwsze objawy ruchowe występują na twarzy i szyi. Grymas twarzy utrzymuje się przez dłuższy czas. Obserwuje się wyrzucenie języka oraz ruchy warg i twarzy, czasami widzimy mimikę kontemplacyjną i wyraz twarzy nieruchomy. Następnie dziwne ruchy rąk: ruchy atetoidyczne palców, drżenie podobne do parkinsonizmu, skurcze toniczne i kloniczne. Ten sam film pokazuje, że podczas pierwszych tygodni leczenia może wystąpić przed śpiączką uogólniona ruchliwość, czasami dość gwałtowna. W innych wypadkach obserwuje się powtarzający się ruch szczotkowania, błagania, ruchy wahadłowe. Czasami znów objawy hypertonii mięśniowej i kurczu, przypominające skurcz skręcający. Napad padaczkowy jest częstym powikłaniem. Może on się powtarzać tak często, że występuje obraz prawdziwego „etat de mal". Odruchy ścięgnowe mogą być najpierw wzmożone, później występują odruchy patologiczne, piramidalne. Podczas śpiączki wszystkie odruchy znikają. Guiraud i Nodet opisują *hipotermię* w szoku insulinowym, dochodzącą do 34,3, nawet po wstrzyknięciu glukozy. Frostig i inni stwierdzają hipotermię do 32 i nawet do 30,5. Autorzy polscy opisują zapaść myocloniczno-naczyniową, która jest wskazaniem do natychmiastowego przerwania śpiączki. Hielbron badając amplitudę i częstość tętna widział, że podczas szoku ustrój znajduje się w stanie sympatykotonii, wynikającej ze wzmo-

CHEMICZNA FABRYKA DAWNIEJ SANDOZ
BAZYLEA, SZWAJCARIA

B E L L E R G A L

drażetki o składzie:
Bellafolin, Gynergen i kwas
fenyloetylo barbiturowy

w zaburzeniach wegetatywnych, w ogólnych stanach nerwowych i depresyjnych, w nerwicach narządów, migrenach

okazał się zarówno oczekiwanym jak skutecznym środkiem.

Współpr. nauk. Firmy Sandoz. **Inż. Karol Antoni SOMMER, Warszawa 1. Hoża 42 m. 8**
Telefon 8.09-36



Leciferrina

Nr. rej. 1520.

Ovolecithina z żelazem

Znany środek odżywczy i wzmacniający

stosowany:

w osłabieniach, blednicy, anemii, neurastenii i w rekonwalescencji

Flakon 1/1 ca 500,0 zł. **4.70**
„ 1/2 „ 250,0 „ **2.70**

SCOTT & BOWNE Sp. Akc. Warszawa, Okopowa 21/23

żonego wydzielania adrenaliny. Traczyński przeprowadził u chorych leczonych insuliną szereg badań krwi na składniki morfologiczne oraz badanie na zawartość cukru, rezerwy alkalicznej i podstawowej przemiany materii. Według tego autora ogólne działanie insuliny polega na zespołowej czynności układu gruczołów dokrewnych, układ roślinnego i zachowania się krwi a charakteryzuje się fazowością zależną od antagonistycznego pobudzania ośrodków nerwowych w międzymóżdżu. Od stanu wspomnianych układów i ich wzajemnego oddziaływania zależy nasilenie reakcji insulinowej, jej przebieg i wpływ na wynik leczenia W ciągu każdego leczenia insulinowego, w *początkowym jego okresie* stwierdza się *spadek* ogólnej ilości leukocytów z limfocytozą i monocytozą w obrazie Schillinga oraz skłonność do powiększenia się zasobu zasad we krwi. W drugim okresie występuje *leukocytoza* i ogólna *neutrofilia* oraz zmniejszenie się ilości limfocytów (przesunięcie obrazu Schillinga na lewo). Leukocytoza jest szczególnie znaczna u chorych, u których stan kliniczny uległ poprawie. Zmniejsza się również wtedy rezerwa alkaliczna oraz następuje wzmożenie p.p.m. Po podaniu glukozy, leukocytoza zmniejsza się. Pierwszy okres działania insuliny związany jest przyczynowo z przewagą układu przywspółczulnego, drugi zaś z przewagą układu współczulnego. Stopień leukocytozy powstający podczas insulinowania nie ma związku ani z hipoglikemią ani ze stopniem nasilenia objawów odczynowych klinicznych i niezależny jest od dawki insuliny. Hadorn bada przy pomocy EKG wpływ insuliny na serce i widzi — częstoskurcz, lekkie zaburzenia rytmu, obniżenie S—T, zniknięcie lub obniżenie T. Objawy EKG są odwracalne. Palis i Chatel też stwierdzili przy pomocy EKG, że ani podczas ani po zakończeniu leczenia nie występują żadne trwałe zmiany w sercu i krążeniu. Co do ciśnienia, to ono wzrasta w pewnej chwili z powodu wzmożonego wydzielania adrenaliny. Schmid badał na zwierzętach, jakie zmiany wywołuje metoda Sakla w ośrodkach nerwowych.

Ten autor bada króliki, u których doświadczalnie wywołał odwracalną hipoglikemię i stwierdził makroskopowo przekrwienie opon mózgowych bez znamiennej suchości mózgu — drobnowidowo zaś całkowity brak uszkodzenia układu komórek zwojowych w korze mózgowej, rogu Ammona, zwojach podstawowych, w pniu mózgu w móżdżku oraz w dużych komórkach jąder roślinnego układu nerwowego. W moście i śródmózgowiu stwierdza się niekiedy wakuolizację lub piknomorfizm komórek i gdzieniegdzie komórki z ciężkimi uszkodzeniami ziarnistości Nissla.

Zmiany opisane nie stanowią uszkodzeń nieodwracalnych, lecz są wyrazem przekształceń strukturalnych architektoniki mózgu po *przerwanym* niedocukrzeniu.

Hunt i Feldman spostrzegli, że niektórych chorych jest trudno obu-

dzić ze stanu śpiączkowego po podaniu cukru gronowego, przez zgłębnik żołądkowy. Badania wykazały, że bardzo powolne działanie cukru tkwi w tym, że podawany jest w małym rozcieńczeniu. Autorzy zaczęli podawać cukier rozpuszczony w *znaczniejszych* ilościach ciepłej wody i otrzymywali szybkie ujawnienie się jego działania. Ilość cukru zależy oczywiście od ilości insuliny i odpowiada 1 gr na jednostkę nsuliny. Niektórzy autorzy zwrócili uwagę na równoległość, zachodzącą między niedoborem witaminy B, a szokiem insulinowym. Oba stany w doświadczeniach na zwierzętach wykazały zmniejszone zużytkowanie tlenu w szarej istocie mózgu. Według Caroliny Stephensem, Meyersona i Freudenberga i innych, objawy nerwowe towarzyszące reakcji isnulinowej zależne są od *braku tlenu* w tkance mózgowej. W ciężkich, śmiertelnych przypadkach schizofrenii leczonych insuliną, doustne i dożylne, stosowanie glukozy nie jest w stanie usunąć objawów śpiączkowych. Otóż przez podawanie witaminy B i hormonu kory nadnerczy można zwalczyć śpiączkę nawet w tych ciężkich przypadkach szoku insulinowego, które dotychczas były uważane za *nieodwracalne.* Zdołano obudzić takich chorych w ciągu 20 — 30 minut przez podawanie 800 jedn. wit. B lub zawiesiny drożdży wraz z glukozą. Podawanie wit. B zmniejsza niebezpieczeństwo leczenia schizofrenii insuliną. Bückman w 2 przypadkach schizofrenii leczonych szokiem insulinowym, spostrzegał objawy Beri-Beri, znieczulenie i parestezje w końcach palców, myalgię w łydkach i stopach, zaburzenie w chodzeniu i rozszerzenie serca na prawo. Te objawy wskazują na brak witaminy B. Brak wit. B jest tu względny i to w odniesieniu do wielkich ilości podawanych węglowodanów. Szczególnie przyswojenie galaktozy wymaga duże ilości wit. B. Już w r. 1930, Hooking i Sleepep, badając tolerancję na gałaktozę w schizofrenii, widzieli, że ta tolerancja jest bardzo obniżona u tych chorych. Podawanie wit B zwiększa tę tolerancję. Z tych obserwacji wynika, że w razie długiego trwania wstrząsu i niemożności obudzenia chorego za pomocą zwykłych metod podawania węglowodanów, co wskazuje na głębokie zaburzenie gospodarki węglowodanowej, dalsze podawanie węglowodanów działa wręcz toksycznie. W takich razach autor proponuje wstrzykiwania adrenaliny oraz do 800 jedn. wit. B dożylnie wraz z cukrem. Autor proponuje nawet podawać chorym, u których występują trudności budzenia ze stanu wstrząsowego, profilaktycznie co 4 — 5 dni 800 — 1200 jedn. wit. B.

Podczas leczenia metodą Sakla były wypadki *śmiertelne.* Sakel i Dussik donieśli, że w Wiedniu mieli *3 przypadki* śmierci na 200 leczonych. Jeden wskutek braku ostrożności — drugi wskutek miażdżycy naczyń wieńcowych — trzeci wskutek martwicy trzustki. W Szwajcarii Müller na 136 leczonych podał 1 przypadek śmierci z powodu ostrego obrzęku płuc. Frostig w Polsce donosi o śmierci, gdzie na sekcji zna-

leziono ogniska nekrozy w szarych jądrach ośrodkowych oraz nekrozę i wylewy w trzustce. O 6 przypadku śmierci donoszą Lepéin i Peters. Według tych autorów katatonicy są specjalnie wrażliwi na działanie insuliny. Przemiana materii w tej kategorii chorych przedstawia pewne odchylenia od normy (Petrow i inni). Szczególnie odnośnie do przemiany węglowodanowej (patrz wyżej wit. B a węglowodany). Leczenie więc insuliną katatoników wymaga dużej ostrożności. Autorzy twierdzą, że brak danych klinicznych, któreby ułatwiły rozpoznanie grożącego niebezpieczeństwa.

Przeciwwskazania do metody Sakla są choroby krwi, serca i naczyń krwionośnych, ostre stany zapalne serca, miażdżyca naczyń, zapalenie wsierdzia (przewlekłe schorzenia mięśnia sercowego nie stanowią przeciwwskazania), choroby płuc, nerek, wątroby, trzustki, śledziony, oraz ciężkie cierpienia przewodu pokarmowego — wrzód żołądka, przewlekłe nieżyty i t. d.

Jakie wyniki otrzymano metodą Sakla? Sakel i Dussik w dużej pracy w r. 1936 opisują wyniki otrzymane od roku 1933 do 1935. Na 58 przypadków świeżych mieli oni 88% dobrych wyników, z których 70% zupełnie wyleczonych. Na 46 przypadków starych — 47,8% bardzo dobrych wyników, z których 20% zupełnie wyleczonych.

Müller opisuje wyniki w Szwajcarii. Na 136 chorych: a) kiedy choroba trwała mniej niż 6 miesięcy było 73% pełnych remisji, a 16% poprawy; b) kiedy choroba trwała od 6 do 18 miesięcy było 50% zupełcnyh remisji i 82% poprawy; c) w przypadkach, w których choroba trwa więcej niż rok i pół, remisje wynoszą ½%, a poprawy 45%. May w Bernie stosował insulinę i podaje następujący procent na 80 leczonych: trwanie choroby przed leczeniem jak u Müllera. ad 1) pełna remisja — 22 i pół %, poprawa 5%; ad 2) pełna remisja 12 i pół %, poprawa 2 i pół %; ad 3) pełna remisja 1,45%, poprawa 12%. Czytając dokładnie coraz to liczniejsze krytyczne prace o wynikach leczenia schizofrenii insuliną, musimy stwierdzić, że początkowy entuzjazm wywołany nowowprowadzoną metodą Sakelt staje się słabszy. Autorzy bowiem doszli do przekonania, że tylko przypadki *świeże* mogą być poprawione insuliną, pod czas gdy przypadki chroniczne nie dają poprawy lub dają ją w małym stopniu. Sam Sakel zresztą jest tego zdania szczególnie w swoich ostatnich pracach. Wobec tego, że prace autorów polskich przeprowadzone na wielką skalę mają wielkie znaczenie dla poznania wartości metody Sakla, omówimy je teraz w skróceniu, ale możliwie dokładnie. Od pierwszej chwili autorzy polscy zastosowali metodę Sakla w swoich klinikach. Szczególnie wielkie zasługi położyła szkoła wileńska, prof. M. Rosego i jego współpracowników. Autorzy polscy bez wyjątku uwydatniają zasługi profesora Rosego, który pierwszy zaczął stosować metodę Sakla, chcąc posunąć naprzód leczenie schizofrenii. Autorzy polscy zmodyfiko-

wali metodę Sakla. Widzieliśmy wyżej, że ta metoda polegała na podawaniu insuliny w 4 fazach, stosując w pierwszej fazie 3 razy dziennie dawki małe przygotowawcze, w drugiej — dawki wstrząsowe wraz z dużymi ilościami cukru, w przerwach między wstrzykiwaniami, w trzeciej — dawki małe lub też *niestosowanie* insuliny, w czwartej — znowu dawki większe i stopniowo zmniejszone. Stany niedocukrzenia przeciągnął Sakel do 4 i więcej godzin. Szkoła wileńska stosuje insulinę co drugi dzień domięśniowo naczczo raz dziennie. Pierwsza dawka wynosi 20 — 30 jednostek, następnie podwyższa się dawkę o 10 do 15 jedn. aż do osiągnięcia stanów silnego niedocukrzenia lub zapaści. Bada się co pół godziny tętno i ciepłotę oraz ciśnienie i obserwuje się objawy neurologiczne i psychotyczne. Chorzy umieszczeni w specjalnych salach są bez przerwy pod obserwacją wyszkolonych lekarzy, zdolnych w każdej chwili do interwencji. Zapaść drgawkową należy przerwać natychmiast przy pomocy dożylnych wstrzykiwań cukru. Stany niedocukrzenia lub zapaść utrzymuje się jednorazowo w ciągu 2 do 5 godzin. Frostig i jego współpracownicy odróżniają 4 zespoły objawów wstrząsów insulinowych. W zależności od dawki i od osobniczych własności chorego, ci autorzy rozróżniają: 1° lekkie stany hipoglikemiczne, 2° ciężkie stany hipoglikemiczne przy zachowaniu przytomności, 3° nieprzytomność albo wstrząs insulinowy. ad 1) zespół zaburzeń wegetatywnych i naczyniowych (spadek ciepłoty, senność, pocenie się, osłabienie, hipotonia mięśniowa, ślinotok, niemiarowość tętna, zwolnienie tętna, drżenie kończyn) stopień stanu hipoglikemicznego jest proporcjonalny do wysokości dawki, ale zależy od osobniczej wrażliwości na insulinę. ad 2. (zespół zaburzeń ruchowych) skurcze toniczne kloniczne, atetoniczne, padaczkowe, pląsawicze, myokloniczne itd., niebezpieczne są toniczne skurcze głośni i narządów oddechowych, wymagają one przerwania wstrząsu poza tym ciepłota spada jeszcze bardziej i tętno się zwalnia. Widać też wzmożenie odruchów a później hipotonię mięśni (ad 3). Zespół zaburzeń świadomości (utrata przytomności, pojawienie się patologicznych odruchów—Babiński, Openheim), i objawy psychiczne. Ciężki wstrząs insulinowy przy pomocy którego leczy się schizofrenię charakteryzuje się triadą objawów: skurczami toniczno-klonicznymi, utratą przytomności, pojawieniem się patologicznych odruchów i wkońcu zniknięciem wszystkich ruchów i odruchów. Pojawia się obfity ślinotok i poty. Ciepłota ciała spada i może dojść do 31,5. Tętno zwalnia się do 34. Chorego usadawia się wysoko z głową opuszczoną, aby zapobiedz zachłystowemu zapaleniu płuc. Wstrząs przerywa Frostig po półtora do dwóch godzin a sygnałem do tego jest pojawienie się ponownie tonicznych skurczów rąk. Zapaśćprzerywa się najczęściej wstrzykiwaniami dożylnymi 40% glukozy, czasem karmieniem węglodanami przez zgłębnik (3/4 litra herbaty i 150 gr cukru). Po podaniu cukru ciepłota ciała wzrasta, tętno się przespiesza, ale mogą się pojawić ponownie drgawki

i skurcz głośni. Niebezpieczeństwo trwa teraz około godziny, okres zaś budzenia mniej więcej dwie godziny. W tym okresie można zaobserwować przejściowe porażenie połowicze, bezwład mięśni ocznych i t. d. Czasami występują suche wstrząsy, bez ślinoku, bez pocenia się i z prześpieszeniem tętna. Te wstrząsy kończą się napadami padaczkowymi, które należy przerwać, czasami występują zwyżki tętna, tłumaczy się to wydzielaniem wzmożonym adrenaliny. Te skoki stanowią wskazanie do przerwania wstrząsu. Wielki napad padaczkowy wymaga natychmiastowej interwencji, polegającej na podaniu adrenaliny domięśniowo lub dosercowo 2) dożylnym wstrzykiwaniu glukozy do stu cmc 25—30%, wszystkie te zabiegi muszą być wykonane błyskawiczne szybko i muszą być z góry przygotowane. Rozumiemy z tego jak wyszkolony musi być personel lekarski. Autorzy podkreślają *niebezpieczeństwa* mogące sprowadzić śmierć i powikłania leczenia insulinowego 1) podczas trwania wstrząsu a) skurcz toniczny głośni b) skurcz mięśni oddechowych prowadzący do zejścia śmiertelnego z powodu uduszenia c) nagły skurcz małych naczyń płucnych wywołujących stany podobne do dychawicy oskrzelowej d) nagła zapaść naczyniowa z drobnym tętnem 2) jako skutek usposobienia osobniczego: *zapaść myokloniczno-naczyniowa,* niedomoga wewnątrzwydzielnicza. 3) powikłania. Wszystkie te objawy stanowią bezwzględne wskazania do przerwania hypoglikemii. Po przerwaniu zapaści chory otrzymuje w dowolnej ilości węglowodany najmniej jednak około 300 gr. Celem zapobiegania zapaściom dziennym i nocnym otrzymuje chory w dzień wstrzyknięcia insuliny cały dzień węglowodany i w dwie godziny po kolacji silnie słodzoną herbatę. Takąż samą herbatę otrzymuje chory w nocy natychmiast po stwierdzeniu najlżejszych nawet objawów niedocukrzenia. Indywidualna rozpiętość dawki insuliny wywołującej wstrząs waha się od 20 do 392 jednostek. Ogólna ilość jednostek zastosowanych przy pełnym leczeniu waha sie od 840 do 8514 jednostek. Autorzy stosowali u każdego chorego około 20 do 40 godzin ciężkiego niedocukrzenia co daje około 15 zapaści (wstrząsów). hipoglikemicznych. Jednostką leczniczą jest według tych autorów godzina hipoglikemiczna. Chory przebył godzinę hipoglikemiczną jeżeli czas od wystąpienia pierwszych klinicznie wyraźnych objawów niedocukrzenia (senność, poty, zwolnienie lub przyśpieszenie tętna, bladość lub zaczerwienienie powłok, uczucie silnego głodu, osłabienie) aż do przerwania stanu hipoglikemicznego wynosi godzinę. Czas trwania leczenia insulinowego wynosi około dwóch miesięcy. Przebieg leczenia insulinowego, jego trwanie i wysokość dawki zależą właściwie od całego szeregu osobniczych i klinicznych wyników. Faza pierwsza trwa do 8 dni ale faza nieprzytomności może trwać 45 dni. Przypominamy że w zależności od stanu cielesnego chorego można co 5 lub 7 dzień wstawić jeden dzień odpoczynkowy, podczas którego podaje się jednak dla ciągłości działania 20 jednostek insuliny. O przeciwwskazaniach do

stosowania szoku mówiliśmy wyżej. Szkoła wileńska podając swoje wyniki leczenia dzieli przypadki na 3 grupy: 1) do pierwszej grupy należą przypadki w których psychoza nie trwa dłużej niż rok 2) do drugiej należą chorzy u których schizofrenja trwa półtora do 5 lat i w ciągu tego czasu nastąpiła parokrotnie samoistna poprawa. 3) do trzeciej należą przepadki przewlekłe bez remisji. Otóż wyniki leczenia są ujemne w schizofrenii przewlekłej, a w niektórych przypadkach — otrzymano pewną ilość krótkotrwałych wyzdrowień i popraw. A. Rutkowski podkreśla, że stopień uzyskanęj poprawy nie stoi w ścisłym związku z ilością wstrząsów względnie godzin hipoglikemii: przedłużenie nadmierne okresu hipoglikemii jest niebezpieczne zwłaszcza że klinika wileńska twierdzi że 35% chorych ulega samoistnemu wyleczeniu. W przypadkach znacznego pobudzenia insulina wywiera działanie uspakajające i na pewien czas uśmierza i przerywa osłupienie katatoniczne. Autorzy polscy dochodzą do wniosku że leczenie schizofrenii ciężkimi wstrząsami *nie jest bardziej* niebezpieczne niż inne metody lecznicze i *winno być* polecane ze względu na uzyskane korzystne wyniki. Jednak autorzy wileńscy porównywując procent wyzdrowień i polepszeń u chorych leczonych insuliną i nie leczonych, odmawiają wszelkiego znaczenia leczniczego insulinie podkreślając iż ogólny odsetek remisji i wyleczeń przypadków zarówno świeżych jak i starych jest taki sam w przypadkach leczonych insuliną i nie leczonych tą metodą. Dussik odpowiadając na różne zarzuty autorów wileńskich twierdzi że samiostne wyleczenie dochodzi najwyżej do 20 procent, a po insulinie wyleczenie osiąga 70%. Strecker w czasie pobytu w Wiedniu widział zupełne wyleczenie i nie wierzy aby przypadki przez niego obserwowane mogły się wyleczyć samoistnie. Frostig i jego wspópracownicy w ostatniej pracy polemizują z wynikami szkoły wileńskiej i twierdzą że 1) ujemność dotychczasowych wyników kliniki wileńskiej w leczeniu insulinowym da się wytłumaczyć a) niedostateczną liczbą wstrząsów b) niedostateczną liczbą godzin niedocukrzenia (przypuszczenie kliniki wileńskiej że stany niedocukrzenia trwające więcej aniżeli 3 godziny mogą doprowadzić do zejścia śmiertelnego jest niesłuszne albowiem Frostig przeciąga stany niedocukrzenia do 5 a nawet do 5 i pół godzin 2) przy stosowaniu większej liczby wstrząsów i większej liczby godzin niedocukrzenia otrzymane natychmiastowe wyniki są bezwzględnie lepsze. 3) przy odpowiednim przygotowaniu technicznym i wystarczającej obsadzie lekarskiej przeciąganie godzin niedocukrzenia przynajmniej do przeciętnej liczby 86 godzin nie przedstawia szczególnego niebezpieczeństwa dla chorych. 4) wniosek co do bezpośredniej skuteczności leczenia insulinowego nie jest identyczny z wnioskiem co do ogólnej skuteczności leczenia. 5) beznadziejność ciągłych prosesów schizofrenicznych stanowi bezwzględne wskazanie do stosowania insuliny choćby z tego względu że daje ona znacznie lepsze natychmiastowe wyniki aniżeli wszystkie

dotychczasowe próby lecznicze stosowane w schizofrenji. Frostig dodaje że technika insulinowa jest bardzo trudna, niebezpieczeństwa są duże, wymaga ona bardzo wyszkolonego personelu interwencyjnego. Jest to *leczenie nowe* w okresie *doświadczalnym i rokujące wielkie* nadzieje. Istnieje w tym leczeniu szereg punktów związanych zarówno z dawkowaniem insuliny jak i z innymi czynnikami jeszcze zupełnie nieznanymi. Stosowanie tej metody jest zbyt świeże aby już można było ją osądzić. Mimo ujemnej opinii o wynikach tej terapji autorzy wileńscy nie porzucili jej. W swoich ostatnich pracach zdają się oni dojść do wniosku że metodę Sakla należy stosować tylko w przypadkach *świeżych* i że im wcześniej następuje leczenie tym pewniejszy efekt i zarazem krótszy czas leczenia.

Metoda von Meduny — leczenie schizofrenii przez wywołanie wstrząsów drgawkowych kardiazolem.

Podczas gdy Sakel i inni zajmowali się stosowaniem insuliny, von Meduna w Budapeszcie opisuje w r. 1934 swoją nową metodę leczenia schizofrenji przez wywoływanie drgawek epileptycznych. Liczni autorzy widzieli że szybkie wstrzykiwanie kilku cmc kardiazolu u chorych na padaczkę, zapalenie mózgu i schizofrenję wywołuje drgawki. W przypadkach padaczki kardiazolowej napad drgawkowy przypomina całkowicie samoistny napad padaczkowy. Otóż Meduna wychodząc z założenia, że istnieje *antagonizm biologiczny* między padaczką a schozofrenią wywołuje sztuczne napady epilepsji u schizofreników przez *dożylne* wstrzykiwanie kardiazolu. Von Meduna stosował z początku 25% oleisty roztwór kamfory, w ilości 40 cmc domięśniowo. Metoda ta okazała się niedobrą. Meduna zaczął więc stosować kardiazol. Ten autor rozpoczyna od dawki wynoszącej 0,5 kardiazolu w 10% roztworze wodnym to znaczy 5 cmc — 10% roztworu. (kardiazol jest ciałem syntetycznym z systemu bicyklicznego o grupie pentametylentetrasol). Roztwór można sporządzić w sposób następujący: Cardiazoli pulv 1.0 Natrii biphosphorici 0,01 aqua destillat ad 10,0. wyjałowić na łaźni wodnej o temperaturze 100 C, w ciągu 30 minut. Zastrzyk *musi być dokonany* w ciągu *kilku sekund.* Tylko *szybkie wstrzyknięcie deję wynik* dodatni, powolne wstrzykiwania rezultatu nie dają. Dawka konieczna do wywołania wstrząsu drgawkowego jest indywidualna, zmienia się nie tylko w zależności od pacjenta, ale i u jednego pacjenta jest nie zawsze jednakowa. W jednych przypadkach wystarczy 30 ctg. w innych zaś 120 ctg. jest za mało. Jako dawkę optymalną uważa się najczęściej 50 ctg. Podczas stosowania kardiazolu żadnych innych środków nie należy stosować. Dawki 120 ctg. nie są szkodliwe. Przy zastrzyku domięśniowym napad drgawkowy występuje rzadziej i później (po 5—20 min.) i dawka musi być o 30—50 ctg większa, niż

przy zastrzyku dożylnym. Zazwyczaj dawka 0,5 wywołuje, jeżeli zastrzyk jest bardzo szybko wykonany, *natychmiast* po wstrzyknięciu w pół-minuty po iniekcji typowy napad epileptyczny trwający około 2 minut, a po którym następuje śpiączka trwająca od 5 do 20 min. W kilka godzin później 5—10 godzin chory może wstać z łóżka. Jeżeli dawka 0,5 jest niewystarczająca, należy ją powiększyć za każdym razem o 10 ctg (0,1) aż do efektu. Najwyższa opisana dawka wynosiła 1 gr 2 ctgr. Napad drgawkowy pełny, uzyskany przy dostatecznej dawce i dostatecznej szybkości wstrzyknięcia, bywa nieraz poprzedzony atakiem kaszlu, zjawia się po kilku sekundach, rozpoczyna się od mięśni twarzy, obejmując potym kończyny i tułów, trwa, stosownie do chorych od 20-40-100 sekund i połączony jest z utratą przytomności. Jak w epilepsji mamy okres toniczny i kloniczny, po napadzie krótkotrwałe zamroczenie, zdarza się przygryzienie języka i mimowolne oddawanie moczu. U niektórych chorych można w fazie toniczno - klonicznej zauważyć objaw Babińskiego, rozszerzenie źrenic i brak reakcji na światło. Po napadzie nieraz obserwuje się pojedyńcze drgania myokloniczne kończyn lub tułowia. Chorzy są naogół naczczo od chwili zastrzyku przez 3 do 4 godzin. Rzadko występują wymioty, przemijający często skurcz, czasem temperatura wieczorna wzrasta w dniu zastrzyku do 37,5. Ciśnienie może wzrosnąć o 20 do 70 mm Hg. w skurczu i od 5 do 40 mm w rozkurczu., ale tylko w chwili napadu drgawkowego (Finiers). We krwi spostrzega się wzrost ilości obojętnochłonnych i zmniejszenie ilości limfocytów szczególnie w przypadkach w których uzyskuje się remisję. Badania wykazały, że kwasota moczu zwiększa się po napadzie, taksamo zawartość amoniaku i poziom fosforu. Ilość zaś chlorków zmniejsza się. Gyogi widział że napadowi drgawkowemu towarzyszy przejściowe obniżenie poziomu cukru we krwi. Czasami remisja występuje po 2—3 napadach. Naogół leczenie kardiazolem stosowane 2—3 razy tygodniowo wymaga od 15 do 30 napadów przeciętnie 20 napadów. Należy zauważyć, że jeżeli zastrzyk dożylny jest zrobiony zbyt powoli lub dawka jest zbyt mała, pacjent reaguje zblednięciem i niepokojem, przy silniejszej reakcji zjawiają się myoklonie mniej lub więcej liczne, obejmujące różne grupy mięśniowe jednocześnie i trwające kilka sekund wreszcie myoklonje mogą objąć całą kończynę lub tułów, czasem nawet skurcz obejmuje całą połowę ciała. Chory przytomności podczas takich drgawek nie traci, zamiast napadu może wystąpić ekwiwalent psychiczny lub lekkie zamroczenie. Przeciwwskazaniem są według Meduny schorzenia serca i stany gorączkowe. Meduna twierdzi że wszystkie postaci schizofrenii mogą być wyleczone w 80%, szczególnie zaś przypadki ostre, trwające poniżej roku i niezbyt obciążone dziedzicznością. Na 1000 napadów autor nie miał ani jednej śmierci. Zmiany psychiczne po zastosowaniu kardiazolu są w pewnych przypadkach uderzająco nagłe, bezpośrednio po napadzie, w innych przychodzą stopniowo

Już po niewielu napadach chorzy są spokojni, tak że nie potrzeba wcale stosować środków uspakajających. Metodę Meduny zaczęto stosować w różnych ośrodkach psychiatrycznych czy to samą, czy też w połączeniu z metodą Sakla. Angyal i Gyarfas stosowali metodę Meduny w 45 przypadkach. Otóż w 27 przypadkach *świeżych* i podostrych uzyskali oni w 44,4% całkowitą remisję, a w przypadkach które nie oddziaływały na kardiazol, otrzymywali oni następnie poprawę dzięki hypoglikemii insulinowej. Ogólny odsetek poprawy w przypadkach świeżych i podostrych leczonych drgawkami kardiazolowymi lub metodą kombinowaną(drgawki i niedocukrzenie) wynosi 66,7%. Dotychczasowe doświadczenia innych autorów wykazały, że drgawki kardiazolowe nadają się zwłaszcza do przerywania stanów *osłupienia* (stupor), w stanach paranoidalnych, w katatonji lepsze wyniki daje jakoby niedocukrzenie. Drgawki kradiazolowe przynoszą niekiedy remisję w *zadawnionych, trwających lata* przypadkach osłupienia nagatywistycznego.

Wszyscy jednak autorzy uważają, że metoda Meduny jest jeszcze zbyt świeża, aby można już było dostatecznie ją ocenić. W każdym razie bardzo zaciemniony dotychczas horyzont leczenia schizofrenji zaczyna się rozjaśniać dzięki metodom Sakla i Meduny.

Dr. Med. W. PEREL (Białystok),

nadsyła nam następującą notatkę w sprawie

LECZENIA MOCZÓWKI PROSTEJ.

Pracując na oddziałach wewnętrznych różnych klinik, spotykałem się często ze schorzeniami moczówki prostej.

Pozwolę sobie zwrócić uwagę lekarzy praktyków, co do sposobu leczenia wspomnianej choroby.

Przede wszystkim musimy rozróżnić w przypadku moczówki prostej formę hyperchloremiczną i hypochloremiczną (podział w/g Weila). W tym celu należy oznaczyć zawartość chlorków we krwi, — (norma w osoczu 340 — 360 mgr % Cl, w krwinkach 180 — 200 mgr % Cl.) — ewentualnie zawartość NaCl w moczu, — (norma 6,6 — 10 gr. w jednym litrze moczu).

Dla lekarza praktyka na prowincji, nie mającego możności przeprowadzenia badań laboratoryjnych jest cenną wskazówką w celach orientacyjnych, z jaką formą mamy do czynienia — zmienność gospodarki wodnej przy formie hyperchloremicznej, stałość zaś gospodarki wodnej przy formie hypochloremicznej.

Właściwe leczenie:

I. Forma hyperchloremiczna.

1. Dieta bezsolna.
2. Pituitryna w zastrzykach.
   Dawkowanie pituitryny:
   a) Pituitrol P. Z. H., 10 j. — 1 ccm., 1 — 2 ccm. dziennie podskórnie w zależności od diurezy.
   b) Pituitryn Parke & Davis, 2 ccm. podskórnie dziennie.
   c) Pituspazmin—Klawe, ½ amp. podskórnie dziennie.
   d) Pituitariae extr. — Henning, 10 — 20 jedn. dziennie.

Przetwory tylnego płatu przysadki podawać można także w postaci proszku donosowo (uwaga Redakcji).

Uwaga: Teophillina przeciwwskazana!

II. Forma hypochloremiczna.

1. Dieta solna.
2. Teophyllina w większych dawkach.
   Dawkowanie teophylliny:
   a) Teophyllini natrio-acetici 0,2 $\times$ 5 = 1,0 dziennie.
   Można również Teophyllinę wstrzykiwać domięśniowo w 3-%-wym wodnym roztworze 20 ccm, czyli 0,6 gr. dziennie.
   b) Do wstrzykiwań dożylnych nadaje się Geophyllina lub Euphyllina — Byk — Guldenwerke 0,24 gr w 10 ccm glukozy lub aq. dest.
   Domięśniowo zaś, 0,48 gr. w 2-ch ccm. glukozy, dwa razy dziennie.

Uwaga: Pituitryna przeciwwskazana!

Wychodząc z założenia, że przy formach hyperchloremicznych Pituitryna daje wyniki zadawalniające, natomiast Teophyllina pomaga tylko w pewnych wypadkach i to na początku choroby, prognoza formy hypochloremicznej jest o wiele gorsza.

STRESZCZENIA Z CZASOPISM OBCYCH.

RAVINA. *Wskazania i komplikacje przy stosowaniu para-amino-fenyl-sulfamidu.* (Presse Med. N. 18. r. 1938).

Para-amino-fenyl-sulfamid wywiera działanie bakteriobójcze w zakażeniach paciorkowcowych, meningokokowych i gonokokowych. Poszczególne firmy, biorąc za podstawę grupę $NH_2SO_2NH_2$ wypuściły szereg

preparatów pod różnymi nazwami, jak: prontosil biały, prontylin, antystreptyna, sapron i t. d. Septazyna natomiast jest para-benzyl-amino-sulfamidem, a więc różni się zasadniczo od grupy para-amino-phenyl-sulfamidowej. Poszczególni autorzy podają dobre wyniki, osiągnięte przy pomocy tego preparatu w rzeżączce. Przeciętnie autorzy podawali dziennie 8 tabletek po 0,5 gr. przez I tydzień, następnie 6 tabletek przez następny tydzień i wreszcie po przerwie kilkudniowej znowu w ciągu 10 dni po 3 gr. dziennie. Przy meningitach meningokokowych Schwendker, Gimon i Long podawali prontosil dokręgowo w ilości 10 — 30 cm^3 roztworu (0,8 prontosilu na 100 cm^3 roztworu fizjologicznego), po wypuszczeniu płynu mózgowo-rdzeniowego w ilości przewyższającej ilość wprowadzonego lekarstwa o 5—10 cm^3. Jednocześnie autorzy podawali podskórnie 2,5 gr. sulfamidu u osobnika wagi 60 kg. W ciągu 2 pierwszych dni powtarzali zastrzyki co 12 godzin, następnie 1 raz na dobę aż do zupełnego wyzdrowienia. Tiffeneau i Meyer podawali prontosil per os zapobiegawczo w ośrodkach endemii meningitu. Również w przypadku zapalenia opon paciorkowcowego stwierdzono wyleczenie po zastosowaniu sulfamidu. Wreszcie dobre wyniki osiągnięto w przypadkach zgorzeli gazowej. Ravina podkreśla, że wskazane by było zapobiegawcze podawanie sulfamidu w przypadkach ran grożących infekcją paciorkowcową i anerobową.

Jeśli chodzi o objawy uboczne, notowane w literaturze światowej, na pierwszym planie należy umieścić zmiany ze strony krwi w postaci spadku ilości czerwonych ciałek krwi, niedokrwistości homolitycznej, agranulocytozy, methemoglobinemii i sulfhemoglobinemii, zresztą występującej jedynie wtedy, jeżeli jednocześnie z preparatem sulfamidowym podawane są preparaty siarki. Z innych komplikacji wymieniają: neuritis optica (przypadek Bucy), wysypkę, kwasicę, przejawiającą się przede wszystkim oddechem Kussmaula, a w lżejszych przypadkach: bóle głowy, nudności, zawroty głowy, brak apetytu. Poważniejszym objawem jest sinica jako wyraz methemoglobinemii lub sulfhemoglobinemii, zaburzenia ze strony kończyn w postaci parestezji, biegunki i gorączka. Najcięższymi objawami jest zapaść, częstoskurcz, żółtaczka, anemja.

i agranulocytoza. Autor podkreśla, że bardzo duża ilość z wymienionych komplikacji nie jest następstwem toksyczności preparatu, a zależy od czynników ubocznych, jak ciężkość zasadniczego schorzenia, przedawkowanie i t. d. Najlepszym sposobem podawania sulfamidu jest droga doustna. Resorbcja występuje mniej więcej po 4 godzinach i lekarstwo przechodzi zaraz do krwioobiegu. Podanie podskórne nie wywołuje większej koncentracji tego środka we krwi niż podanie per os. Po podaniu doustnym znajdujemy preparat w płynie mózgowo-rdzeniowym, w płynie opłucnowym, otrzewnowym i w wydzielinie gruczołu krokowego. Jeśli nie można zastosować drogi doustnej, podajemy preparat podskórnie, domięśniowo, dokręgowo lub doodbytniczo. W schorzeniach ciężkich podajemy początkowo 5—6 gramów w ciągu 24 godzin. Z chwilą wystąpienia poprawy można zmniejszyć dawkę dzienną do 4 gr., a potem do 3 gr., u osobników z wagą poniżej 45 kg. dawka początkowo nie może przekraczać 4 gr. Sulfamid wydala się w całości z moczem. Ażeby uniknąć kwasicy najlepiej jest podawać preparat jednocześnie z sodą. Pozatym niezbędne jest często badanie krwi. W lżejszych zatruciach wystarczy jedynie zmniejszyć dawkę lekarstwa, w ciężkich — należy przerwać podawanie preparatu, podać duże ilości płynu, żeby przyśpieszyć wydalanie go z organizmu i ewentualnie zastosować przetaczanie krwi, zwłaszcza w przypadkach agranulocytozy lub anemii. W przypadku sulfhemoglobinemii dobre wyniki dają roztwory soli i cukru. Niekiedy należy się jednak uciec do transfuzji. Co się tyczy stosowania sulfamidu w małych dawkach (1, 5—2,5) jako środka pomocniczego, to brak jeszcze dokładniejszych danych w tej kwestii.

Dr. A. Gelbard

———:o:———

MUELLER I WEIDNER. *Etiologia bólów głowy.* (Münch. Med Wschr. Nr. 35, 1937).

Z badań klicznych i anatomo-patologicznych wynika, iż bóle głowy powstają przeważnie na tle wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, stwierdzanego wyraźnie w przypadkach bólów głowy na tle zapalenia opon, w razie stwierdzenia brodawki zastoinowej w ostrych schorzeniach zakaźnych. W toksycznych bólach głowy wzmożenie ciśnienia stanowi wynik bezpośredniego wpływu jadu na opony mózgowe, naczynia lub wydzielanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Bóle głowy rozwijające się wskutek przemęczenia psychicznego lub wzruszenia powstają wskutek uszkodzenia aparatu naczynioruchowego. Wahania ciśnienia barometrycznego wywołują zmiany ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego wskutek zmiany ciśnienia w naczyniach krwionośnych. W przypadkach migreny stwierdzono nadciśnienie mózgowo-rdzeniowe. W związku z powyższymi danymi stają się zrozumiałe pomyślne wyniki, osiągane w bólach głowy po po-

daniu środków przeciwbólowych Nadto korzystnie działają w tych przypadkach rozczyny hipertoniczne, naprzykład dożylne wstrzykiwania 10% rozczynu glukozy. W licznych przypadkach osiągnięto tą drogą natychmiastowe ustanie bólów głowy.

Dr. N. Szyk.

——:o:——

ALAJOUANINE. *Leczenie ostrych bólów we wiądzie rdzenia.* (Annales Medico-chirurgicales, styczeń 1938).

Leczenie przeciwkiłowe nie ma żadnego działania w wiądzie rdzenia. Autor, uważając, że bóle samoistne w tym schorzeniu powinny być leczone miejscowym znieczuleniem, stosuje wstrzykiwania podskórne polocainy lub perkainy w obrębie miejsca silnego bólu. Thurell i Brunelli stosują faradyzację bolesnej kończyny lub części tułowia. W tym celu jedną elektrodę umieszcza się na krzyżu, a drugą w miejscu bolesnym. Pomiędzy elektrodami i skórą kładzie się watę zmoczoną w zwykłej wodzie w celu wywołania lepszego znieczulenia. Według autorów, ucisk bandażem Esmarcha w celu uśmierzenia bólu jest błędem sztuki.

Wyżej wymienione metody mają działanie krótkotrwałe. Żeby przedłużyć działanie znieczulające, autor stosuje alkoholizację nerwu czuciowego bolesnej strefy. Leriche zastosował sympatektomię, inni leczenie bodźcowe. Żadna z metod nie dała długotrwałego wyniku. Jedynie kordotomia obustronna przecinająca wszystkie drogi nerwowe mogłaby być skuteczna.

Jednak jest to zbyt poważna operacja, żeby można ją było stosować nawet w ciężkich przypadkach bólów w wiądzie rdzenia.

Dr. A. Boczko.

——:o:——

Dr. T. RUBBENO i F. WALLEZ. *Leczenie Cibiophobii hypertonicznym roztworem soli i narkozą chloralowo-scopolaminową.* (Journal belge de Neurologie et de Psychiatrie. Janvier 1938).

Autorzy przytaczają kilka sposobów leczenia chorych odmawiających

przyjmowania pokarmów, biorąc pod uwagę zarówno przypadki cibiophobii, jak i przypadki braku łaknienia w pewnych ostrych stanach psychotycznych.

Leczenie roztworem soli polega na dożylnym wstrzyknięciu 10 do 20 cm^3 15% roztworu chlorku sodu, chory najczęściej reaguje grymasem na słony smak i bardzo często pije natychmiast co mu się poda. Najczęściej, jeśli udało się w danej chwili przełamać jego opór przyjmowania pokarmów (chodzi zawsze o chorych od dłuższego czasu karmionych przez sondę), sprawa jest wygrana. Jeśli efektu niema, można zabieg powtórzyć po kilku godzinach lub dnia następnego. Żadnych ubocznych złych skutków nie zauważono. Mechanizm działania jest hypotetyczny, w pewnych przypadkach efekt tłumaczy się poprostu wzmożonym łaknieniem, poza tym jednak można przypuszczać, że hypertoniczny roztwór soli działa drogą zmniejszenia obrzęku mózgu lub obniżenia ciśnienia śródczaszkowego, w pewnych wreszcie przypadkach główną rolę należy przypisać zwiększeniu ilości chloru w organizmie. Według Cahane centra wegetatywne systemu nerwowego zależne są od pewnej koncentracji chloru, zaś z drugiej strony te centra wegetatywne wpływają na działalność przewodu pokarmowego.

Drugim sposobem, stosowanym przez autorów, jest sen kilkugodzinny, spowodowany zastrzykiem chloralu ze scopolaminą, przy czym najczęściej stosowaną dawką jest 0,5 chloralu i ½ mgr. scop. Między jednym a drugim zastrzykiem należy według Baruka zostawić kilkudniową pauzę, gdyż leki wymienione wydzielają się powoli. Mechanizm działania polega według autorów na uśpieniu czynności psychicznych, a pobudzeniu czynności rdzeniowych, co powoduje obniżenie aktywności ruchowej świadomej, przy całkowitym zachowaniu czynności ruchowych automatycznych. Autorzy nie dyskutują kwestii, czy chodzi tu li tylko o sugestię, czy też o czynność psycho-naczynioruchową.

Wreszcie autorzy polecają metodę cardiazolową, dającą w niektórych przypadkach odmowy jedzenia dobre wyniki. Podkreślają oni, że przyczyny odmowy jedzenia mogą być różne i że w każdym przypadku należy chorego zbadać dokładnie somatycznie.

Dr. Z. Mackiewicz.

———:o:———

I. MARCOU, E. ATHANASIU - VERGU, D. CHIRICEANU, G. COSMA, N. GINGOLD i C. C. PARHON. *Rola fizjologiczna histaminy.* (Presse Med. N. 20, 1938 rok).

Oddawna zauważono, że wyciągi z narządów działają hypotensyjnie. Działanie to zależy od obecności histaminy, która rozszerza naczynia włosowate. Borsum i Gaddum podali metodę określenia ilości histaminy we krwi. Stwierdzili oni doświadczalnie, że wrażliwość zwierzęcia na dzia-

łanie histaminy zależy od poziomu histaminy we krwi; im mniej jest histaminy we krwi tym wrażliwość jest większa. Autorzy ci wykazali, że przerwa w krążeniu krwi pociąga za sobą wzrost ilości histaminy we krwi danej okolicy. D. Anrep dowiódł, że nie całkowita ilość krążącej histaminy jest fizjologicznie czynna. Poziom histaminy u człowieka wynosi około $^{1}/_{10}$ γ w 1 cm^3 krwi. Czynna jest jedynie ta część histaminy, która jest związana z osoczem, natomiast część związana z czerwonymi ciałkami krwi jest nieczynna. Ilość histaminy nie ulega żadnym wahaniom w ciągu dnia aczkolwiek histamina wytwarza sie stale w obrębie tkanek i zostaje wyrzucona do krwi. Anrep wykazał u psa stałe rozkładanie histaminy przez nerki. Binet stwierdził podobny mechanizm w płucach. Rozkład histaminy ma miejsce w samych pęcherzykach płucnych i dotyczy przede wszystkim histaminy związanej z elementami morfotycznymi krwi. Prawdopodobnie w warunkach fizjologicznych poziom histaminy jest regulowany przez mechanizm rozkładający histaminę, którego siedzibą u dorosłych są płuca, w życiu płodowym — łożysko. Histaminoliza odbywa się za pośrednictwem histaminozy, enzymu, który znajduje się w tych narządach. Każdy narząd w okresie czynności wymaga znacznego dopływu krwi, który się odbywa bądź na drodze nerwowej odruchowej lub przez działanie naczyniowe pewnych substancji (metabolitów), wyzwolonych przez funkcjonowanie narządu. Substancją tą jest według autorów histamina, która wywołuje przekrwienie czynne działającego mięśnia, zapewniając mu w ten sposób dowóz potrzebnego pokarmu. Ten mechanizm powstawania histaminy jest jednym z najważniejszych źródeł histaminogenezy. Drugim źródłem jest nagłe zatrzymanie krwiobiegu, które pociąga za sobą odczynowe przekrwienie, zależne od miejscowej histaminogenezy. Histaminoliza jest mechanizmem obronnym u kobiet rodzących i zależy od właściwości histaminolitycznych krwi. Te samo właściwości, aczkolwiek w znacznie mniejszym stopniu, posiada w ogóle krew ludzka. Histaminemia i histaminoliza są zasadniczymi elementami kierującymi czynnością narządów.

Dr. A. Gelbard.

———:o:———

T. B. ZENER. *Leczenie wymiotów ciężarnych za pomocą całkowitego, wodnego wyciągu jajnika — (Agomensiny).* (Northwest Medicine nr. 11, 1937 rok).

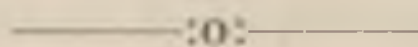
Na wstępie autor omawia liczne poglądy dotyczące etiologii wymiotów ciężarnych. W ostatnich latach zwrócono uwagę na znaczenie zaburzeń wewnątrzwydzielniczych w tym schorzeniu i przedsiębrano odpowiednie próby z organopreparatami. W pewnych zaburzeniach tarczycowych szybkie polepszenie otrzymano przez zastosowanie Lipojodiny.

Za pomocą Agomensiny leczono 13 lekkich, 19 średnio-ciężkich i 2

ciężkie przypadki. Prócz tego było stosowane ogólne leczenie. Agomensynę podawano zawsze w postaci wstrzyknięć domięśniowych; w lekkich przypadkach jedną ampułkę co drugi dzień, w średnio- ciężkich po jednej ampułce dziennie i w ciężkich przypadkach 3 razy dziennie po jednej do dwóch ampułek. Stosowano prócz tego promienie ultrafiołkowe, kwas solny, podawano pożywienie bogate w węglowodany i ubogie w tłuszcz. Jako środek uspakajający stosowano Dial, w ciężkich przypadkach w dużych dawkach (5 tabletek i więcej w ciągu 24 godzin). W 3 historiach chorób opisano szybki i trwały wynik.

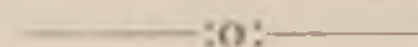
Jako wytyczne przy leczeniu szpitalnym autor podaje następujące dane: największy spokój w łóżku, zakaz odwiedzin, podawanie środków uspakajających, chora powinna sypiać tak długo, jak tylko może, podawanie dożylne płynów w postaci 15% glukozy. W ciągu pierwszych 3 dni nie można podawać nic doustnie albo per rectum, po tym ewentualne odżywianie za pomocą sondy. Agomensinę należy wstrzkiwać 3 razy dziennie po 2 lub więcej ampułek.

Dr. med. F. Mikulska.



Doc. Pryw. Dr. R. WENDT (Z I. Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu w Monachium. Dyrektor prof. dr. W. Stepp.) *O leczeniu choroby Basedowa dużymi dawkami witaminy A (Voganu).* (Münchener Medizinische Wochenschrift, nr. 29, str. 1160).

W 3 przypadkach choroby Basedowa uzyskano znaczny przyrost na wadze i zmniejszenie się podstawowej przemiany materii, do granic prawie normalnych, przez stosowanie dużych dawek witaminy A w postaci Voganu (3 razy dziennie po 30 kropel). W 2 dalszych przypadkach leczenie Voganem również zapowiada się korzystnie. Vogan jest szczególnie wskazany w przypadkach lekkich i o średnim nasileniu choroby Basedowa oraz w Basedowie pojodowym, który jest na ogół bardzo oporny wobec leczenia.



PIERRE DUVAL, MOURGUE-MOLINES. *Leczenie rozległych oparzeń.* (Rapports au Congres de Chirurgie 1937).

Na kongresie chirurgów autorzy podali następujący sposób leczenia rozległych oparzeń.

Przede wszystkim nie należy chorego rozebrać ani też stosować okładów z tłuszczu. Po zawinięciu chorego w koc i zastosowaniu zastrzyków z camphory i morfiny przewozi się chorego do szpitala.

Wobec ważności stanu ogólnego chorego w porównaniu ze zmianami miejscowymi zaczynamy od leczenia ogólnego:

1) przeciwko bólowi dajemy morfinę, do której dodajemy cardiotonica aby zapobiec zapaści;

2) przeciwko ochłodzeniu ciała stosujemy szafkę elektryczną lub środki rozgrzewające;

3) przeciwko zapaści stosujemy kamforę, coffeinę, adrenalinę z efedryną;

4) przeciwko toksemii stosuje się płyny zarówno doustnie, dorektalnie jak również wlewania podskórne ze soli fizjologicznej;

5) przeciwko kwasicy: płyny zasadowe i roztwory glukozy w soli fizjologicznej;

6) transfuzje krwi, kilkakrotnie powtarzane, dają też dobry efekt;

7) przeciwko zakażeniu stosujemy surowicę: zgorzelinową, tężcową i paciorkowcową;

8) bardzo ważną rolę grają przetwory naparstnicy, strofantyna, atropina, wyciągi z kory nadnerczy, insulina, podsiarczyn sodu i t. d.

Leczenie miejscowe. Jeżeli oparzenia nie są rozległe, to można zastosować linimentum z aqua calcis z oliwą. Przy większych oparzeniach stosujemy roztwory kwasu garbnikowego.

Podajemy technikę Dawidsona: po wstrzyknięciu morfiny otwieramy pęcherz, pokrywamy go gazą wyjałowioną, którą zraszamy obficie 2,5% kwasem garbnikowym, świeżo przygotowanym. Po kilku godzinach, jeżeli rana jest jeszcze czerwona i wilgotna, powtarzamy ten zabieg, nie zdejmując poprzedniej gazy. To działa wysuszająco na ranę. Aby zdjąć gazę należy ją pokropić kwasem garbnikowym. Po zdjęciu opatrunku skórę czarną, ciemną i suchą pozostawiamy na powietrzu; po 8 — 12 dniach strup zaczyna się oddzielać na brzegach, później pęka w środku. Powoli odłuszcza się i odpada — w przypadkach pomyślnych pod strupem tworzy się nowy naskórek.

Dr. P. Heryng.

———:o:———

PROF. GEORGES BICKEL. *Kojarzenie środków leczniczych w zaburzeniach neuro-wegetatywnych.* (Schweiz. Medizin. Wochenschrift, Nr. 9, 1937 r.).

Przyjmuje się obecnie prawie jednomyślnie, że sympatykotonia lub wagotonia nie występują nigdy w czystej postaci i dlatego wprowadzono pojęcie „amfotonii“ lub „neurotonii“ z przewagą jednego lub drugiego układu. Poglądowym przykładem, przemawiającym za słusznością takiego ujęcia sprawy, może być choroba Basedowa, w której obok objawów hypersympatykotonii (tachykardia, wytrzeszcz i wychudzenie) występują objawy wzmożonego napięcia n. błędnego w postaci nadmiernego pocenia się, biegunek i wzmożonego wydzielania kwasu solnego w żołądku. Można przytoczyć zresztą znacznie więcej podobnych przykładów.

Przy próbie leczenia nadczynności tarczycy ginergenem występowały często wymioty i nudności. Objawy te można było łatwo usunąć przez dodanie antagonistycznego środka, jakim jest atropina.

Podobne obrazy stwierdzano w całym szeregu innych zaburzeń neurowegetatywnych i to posłużyło jako podstawa kombinowanego leczenia tych zaburzeń.

Idea łączenia środków antagonistycznych celem zapobiegania, lub osłabienia toksycznych, wtórnych objawów niektórych środków leczniczych nie jest rzeczą nową. W ten sposób łączono morfinę z małymi dawkami atropiny celem udaremnienia ujemnego wpływu morfiny na ośrodek oddechowy.

W leczeniu zaburzeń neuro-wegetatywnych stosuje się t. zw. paradoksalne połączenie środków leczniczych ze względu na podwójny charakter większości tych zaburzeń. Chodzi tu o połączenie dwóch antagonistycznych środków, których wspólne działanie nie znosi się nawzajem, jak tego można było się spodziewać, lecz występuje zahamowanie a rzadko pobudzenie dwóch antagonistycznych odcinków układu nerwowego.

W ten sposób można sobie wytłumaczyć dodatnie wyniki leczenia nadczynności tarczycy ginergenem z atropiną lub bellafoliną, dzięki któremu otrzymuje się obniżenie tachykardii i przemiany podstawowej przy jednoczesnym ustąpieniu objawów wagotonii.

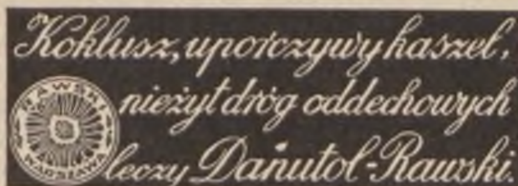
Połączenie ergotaminy z belladonną daje również znacznie lepsze wyniki niż stosowanie samej ergotaminy po której zawsze występuje faza wagotoniczna. Zauważono też, że przy takim połączeniu można stosować znacznie mniejsze dawki ergotaminy. Autor na podstawie własnego doświadczenia, opartego na pięćdziesięciu kilku przypadkach, dochodzi do wniosku, że jednoczesne podawanie ergotaminy z bellafoliną jest metodą wyboru prawie we wszystkich przypadkach stanów migrenicznych.

W pokrzywce takie kombinowane leczenie daje też lepsze wyniki, niż stosowanie każdego środka oddzielnie. Aby osiągnąć jakieś wyniki należy, nie zniechęcając się, stosować to leczenie przez szereg tygodni.

W napadach astmy zależnych od napadu wagotonii należy postępować ostrożnie, stosując to połączenie. Natomiast u osobników astmatycznych leczenie takie ma dużą wartość.

Największą wartość ma leczenie małymi dawkami przez czas dłuższy, gdyż w ten sposób działa się na cały układ wegetatywny i uzyskuje się równowagę nerwowego układu współczulnego, zwłaszcza przy dodaniu do ergotaminy i atropiny także małych dawek środka uspokajającego.

Autor stosuje w wymienionych stanach *Bellergal* „Sandoz", który zawiera w jednej tabletce 0,02 kw. fenylo-etylo-barbiturowego, 0,0003 ergotaminy i 0,0001 bellafoliny. Dawka dzienna wynosi 4 tabletki: 1 z rana, 1 w południe i 2 wieczorem. Po kilku tygodniach leczenia można zazwy-



czaj zmniejszyć dawkę do połowy. Leczenie należy prowadzić przez czas dłuższy, przy czym dawkowanie zależne jest od stopnia zakłócenia równowagi układu nerwowego.

Na zakończenie autor podkreśla, że w ten sposób leczy się teren neuropatyczny i że leczenie to ma na celu przygotowanie chorych do ewentualnego dalszego leczenia.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

R. BAYER. *Dieta Freund-Kaminera w nowotworach.* (Münch. Mediz. Wochen., grudzień, 1937).

Do tej pory w wypadku stwierdzenia nowotworu, ograniczano się do leczenia objawowego, do zabiegów chirurgicznych i naświetlań. Dieta Freund-Kaminera ma na celu sprzyjanie tym procesom fizjologicznym, które przyczyniają się do hamowania rozwoju raka. Ta dieta polega na: a) zmniejszeniu ilości węglowodanów; b) zakazie tłuszczów zwierzęcych i na stosowaniu wyłącznym oliwy; c) walce przeciw kwaśnym fermentacjom i stosowaniu diety alkalizującej; d) dezynfekcji fizycznej i leczniczej jelit. Dieta ta przyczynia się do polepszenia stanu chorego i pozwala na otrzymanie lepszych wyników przy stosowaniu radioterapii lub chirurgii.

Dr. A. Boczko.

———:o:———

Dr. OTTO BISS. *W sprawie leczenia rwy kulszowej.* (Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 1, 1938 r.).

W leczeniu ostrej rwy kulszowej należy przede wszystkim dbać o spokój chorego (łóżko, środki znieczulające), nie należy stosować leczenia bodźcowego, masaży, elektro- i hydroterapii. Poza tym autor zaleca dietę jarską, małosolną i zakaz spożywania wszelkich trunków wyskokowych.

W postaciach podostrych należy obok wymienionego wyżej postępowania, przeprowadzić energiczne leczenie, aby zapobiec przejściu w stan przewlekły. W tym celu autor stosuje leczenie bodźcowe, przy czym naj-

lepsze wyniki uzyskał stosując vaccineurin. W stanach podostrych autor radzi podać najmniej 12 zastrzyków, przy czym dawkować należy indywidualnie. Autor zaczynał od I-ej serii, potem dawał 3 ampułki II serii i 2 — 3 ampułki III-ej. Wstrzykuje się co 2 — 3 dni.

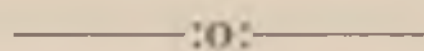
Autor wypróbował vaccineurin na materiale liczącym więcej niż 1000 przyp. nie zauważył przy tym żadnych niepożądanych objawów pobocznych. Tylko w jednym przypadku wystąpiło podwyższenie ciepłoty i odczyn bólowy, zresztą leczenie dało w tym przypadku też bardzo dobry wynik. Wiek chorych nie ma przy tym większego znaczenia.

Im dłużej trwa choroba, tym ona jest bardziej oporna na leczenie. Zazwyczaj autor stosuje środki znieczulające łącznie z morfiną, jeśli zachodzi konieczność. W przypadkach bardzo opornych obok vaccineurinu także galwanizacja poprzeczna chorej kończyny z dużymi elektrodami (do 100 miliamp.); takie kombinowane leczenie daje czasem niespodziewanie dobre wyniki. Co się tyczy wodolecznictwa, które jest bardzo skuteczne w przypadkach przewlekłych, można je też kombinować z vaccineurinem. Nie powinno się też zbyt wcześnie przerywać leczenia nawet jeżeli nie widać od razu wyników, czasami poprawa następuje dopiero podczas wstrzykiwania III-ej serii.

Znacznie więcej trudności przedstawia leczenie nawrotów, do których ta choroba ma skłonności. Najlepszym leczeniem jest zapobieganie, każdy chory powinien w ciągu 2-ch lat po chorobie unikać szkodliwych czynników (alkohol, przeziębienie, zbyt ciężka praca i t. d.); jeżeli w ciągu 2-ch lat nie nastąpi nawrót, można nie obawiać się ich w przyszłości.

Przy nawrotach vaccineurin też oddaje dobre usługi. W przypadkach, w których wszystkie 3 serie vaccineurinu nie pomagają, autor stosuje mocniejszy vaccineurin A i B (zawierający lizaty bakt. pyocyaneus). Podaje się wówczas 2 — 3 amp. A i 6 — 12 B. Poza tym autor stosuje wyciąganie n. kulszowego przez ostrożne ćwiczenia.

Dr. B. Szalita.



A. TŻANCK, DUPPERAT i S. LEVI. *Leczenie nowarsenobenzolem w dużych dawkach podawanych metodą kroplową.* (Bull. et Mem. de la Soc. des Hôp. de Paris. 11.III.1938 r.).

Autorzy przeprowadzali leczenie kiły za pomocą dużych dawek novarsenobenzolu w 100 przypadkach i w żadnym z nich nie widzieli objawów nietolerancji, co najwyżej niewielkie podniesienie ciepłoty, wysypkę lub bóle stawowe, które występowały na 5 dzień po zastrzyku. Metoda autorów polegała na podawaniu w ciągu 3 dni salwarsanu w ilości 4.5 gr., jednorazowo 1.5 gr. rozpuszczonego w 150 cm. roztworu fizjologicznego. Roztwór ten umieszczano w kalibrowanej ampułce, połączonej przy pomocy rurki gumowej z aparatem Murphiego. Ten aparat był z kolei po-

łączony gumową rurką z igłą w żyłę przedramienia. Rurkę gumową przeprowadzano przez termos, gdzie płyn był stale ogrzewany. Igła była przymocowana do przedramienia przy pomocy leukoplastu. Czas trwania zastrzyku wynosił od 3 — 5 godzin. Chorzy znosili zabieg zupełnie dobrze. W ciągu bardzo krótkiego czasu objawy cofały się. Już od II dnia po zastrzyku nie stwierdzało się krętków ani w gruczołach, ani w ogniskach chorobowych. Odczyn Bordet Wassermana już w ciągu 2 — 3 tygodni stawał się ujemny. Po ukończeniu zastrzyków neosalwarsanu autorzy stosowali 20 iniekcji bismutu, po czym powtarzali kurację salwarsanową. Chorzy zwykle II kurację znosili jeszcze lepiej niż I-szą.

Dr. A. Gelbard.

———:o:———

BECKMANN. *Gospodarka wodna u ludzi zdrowych i chorych.* (Münchener Med. Wschr. Nr. 4. 1938).

O rozmieszczeniu wody i stosunkach wymiennych w tkankach i narządach rozstrzygają czynniki fizykalne i fizykalno-chemiczne. Prócz ciśnienia osmotycznego dużą rolę odgrywa ciśnienie pęcznienia białka. Wynika ono z właściwości koloidalnych białka i znajduje się w zależności od ciśnienia hydrodynamicznego we włośniczkach. Szczególnie doniosłe znaczenie posiada rozmieszczenie jonów między krwią, płynem międzykomórkowym, a komórkami narządów, które odbywa się według prawa Donnana, dotyczącego równowagi błony pod wpływem sił elektrostatycznych. W tym wypadku elektrostatyczna różnica potencjałów, uwarunkowana rozmieszczeniem jonów posiada szczególne znaczenie. Przy wydalaniu wody dużą rolę odgrywa wydalanie przez skórę. W jednym przypadku obrzęków pochodzenia sercowego, stwierdzono w warunkach chorobowo zmienionych wybitne upośledzenie wydalania wody przez skórę. Tak samo jak we wszystkich zaburzeniach gospodarki wodnej, również w schorzeniach nerek rozstrzygają nie tylko nerki, lecz również t. zw. przednercza. Szczególnie w nerczycach należy dążyć do dostarczenia nerkom wody w dogodnej postaci. Nadto u tych chorych ze względu na duże straty białkowe należy dbać o padawanie białka w dostatecznej ilości, aby wyrównać straty białkowe. W gospodarce wodnej dużą rolę odgrywa wątroba. Watroba może działać jako olbrzymi zbiornik płynów lub jako tama żyły watrobowej, wreszcie wątroba może ujawnić bezpośrednie działanie miąższo-

Podawanie jonów wywiera bardzo złożony wpływ na wątrobę. Zaburzenia diurezy stwierdza się w przebiegu icterus catarrhalis. Na zakończenie należy wspomnieć o neuro hormonalnej regulacji gospodarki wodnej, co posiada duże znaczenie w lecznictwie. Co do wpływu witamin w tej mierze brak ścisłych danych. Możliwe, że witaminy pomyślnie działają

w obrzękach i tym możnaby wytłumaczyć pomyślny wpływ diety z soków owocowych i jarzynowych na obrzęki.

Dr. N. Szyk.

———:o:———

L. WILLIEN. *Leczenie meningokokowego zapalenia opon mózgowych sulfanilamidem.* (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 9, 1938 r.).

Opierając się na pracach Schwentkera, Gelmana i Longa, autor zastosował sulfanilamid w 5 przyp. meningokokowego zapalenia opon mózgowych.

Metoda leczenia jest następująca:

1. Dawka początkowa wynosi 0,05 gr. na kg. wagi podskórnie (w roztw. 0.8%).

2. Następnie stosuje się sulfanilamid doustnie co 4 godz. aby utrzymać stałe stężenie tego środka w ustroju.

3. Dawka zależna jest od ciężkości schorzenia, górna granica 1,0 gr.

4. Sulfanilamid powinien być podawany w ciągu 10-ciu dni po ustąpieniu objawów w mniejszych dawkach (sulfanilamid jest środkiem bakteriostatycznym a nie bakteriobójczym).

5. Jednocześnie z sulfanilamidem podaje się węglan sodu w tej samej ilości, aby zapobiec kwasicy.

6. Aby uniknąć sulfhemoglobinemii nie powinno się podawać siarczanu magnezu lub siarczanu sodu.

Autor uzyskał we wszystkich 5-ciu przypadkach bardzo zadawalniające wyniki. Sulfanilamid można stosować tylko doustnie, ponieważ przy doustnym stosowaniu środek ten także dostaje się do kanału rdzeniowego, jak to zostało stwierdzone chemicznie.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

AUBERTIN. *Leczenie białaczki szpikowej.* (L'Orientation Medicale Luty, 1938).

Głównymi objawami klinicznymi tego schorzenia są: 1) osłabienie, 2) splenomegalia i 3) hyperleukocytoza, dochodząca do 200.000. W leczeniu stosujemy I radioterapię w następujący sposób: co 2-gi dzień lub 2 razy w tygodniu naświetlamy okolicę śledziony, którą dzielimy na 2 lub 4 pola o powierzchni 10 — 12 cm., w dawce po 200 R. w ciągu 6 — 12 seansów. Można jeszcze stosować całkowitą telerentgenoterapię, a mianowicie: naświetla się połowę ciała z odległości 2 m. w dawce od 2-ch do najwyżej 30 R. Seanse 2 razy w tygodniu. Ta metoda jest dość niebezpieczna. Może bowiem wystąpić anemia, krwotoki i agranulocytoza. Naogół

otrzymujemy poprawę, cechującą się spadkiem leukocytów, zwiększeniem się liczby czerwonych ciałek i polepszeniem się ogólnego stanu. Zawsze jednak są nawroty po kilku tygodniach do kilku miesięcy. Wtedy naświetlanie powtórne daje mniejszy efekt. Tą metodą autor otrzymywał przedłużenie życia do 5 lat, czego dawniejsze metody dokazać nie mogły.

II. Thorium X. Roztwór Thorium X. przygotowany poprzedniego dnia wstrzykuje się raz w tygodniu domięśniowo w ilości 200 — 300 mikrogramów. Seria od 4 — 6 zastrzyków. Wartość radioaktywna tego roztworu maleje szybko: 17% w pierwszych 24 godzinach a 15% każdego następnego dnia. W tych dawkach lek ten jest nieszkodliwy i daje dobry efekt.

III. Benzol. Stosuje się doustnie w dawce 50 — 60 kropel na winie, mleku, syropie lub w kapsułkach żelatynowych, z których każda zawiera 25 kropel t. zn. 0,50 benzolu. Dawka dzienna może dojść do 100 kropel. W razie nietolerancji doustnej — stosuje się doodbytniczo. Każda seria trwa 15 — 20 dni z przerwą jednotygodniową.

IV. Arszenik. Autor sam nigdy nie stosował arszeniku. Jednak podaje on sposoby stosowania tego środka. Liquor Fowleri 30 — 40 kropli dziennie przed posiłkami lub w lawatywie. Serie trwają od 15 — 20 dni z takąż samą przerwą, podczas której stosuje się żelazo pod postacią:

Ferri reducti 0,2, Calcii carbon. 0,3, Mfp. Dtd. Nr. X, S. 1 proszek podczas jedzenia.

Dr. P. Heryng.

———:o:———

Dr. IMRE SALGO. *Stosowanie męskich hormonów płciowych w codziennej praktyce.* (Srpski Archiv. Nr. 9 — 10, 1937 r.).

Autor często stosuje Androstinę w nerwicach płciowych z impotencją, najchętniej jednocześnie doustnie i pozaustnie zaznaczając, że z wyników jest zadowolony. W jednym przypadku leczył pacjenta na zaburzenia potencji i nadmierną otyłość — po przeprowadzeniu leczenia Androstiną waga spadła o 15 kg., samopoczucie znacznie poprawiło się, a potencja płciowa powróciła. U 12-letniego chłopca nocne moczenie ustąpiło w krótkim czasie po zastosowaniu Androstiny w ilości 1 tabletki 3 razy dziennie.

Dr. med. W. Kurowski.

———:o:———

DR. F. DUENSING i DR. L. MEYER. *Leczenie napadów okoporażnych w stanach poencephalitycznych.* (Ztschr. f. d. g. Neur. und Psych. tom 162, zeszyt 1 i 2).

Napady przymusowego patrzenia w określonym kierunku, z zasady ku górze, t. zw. napady okoporaźne, należą w symptomatologii chro-

nicznego zapalenia mózgu do objawów najbardziej na leczenie opornych. Leczenie atropinowe nie łagodzi tych przykrych napadów, środki nasenne łącznie z narkozą chlorkiem etylu lub dożylnym zastrzykiem evipanu przerywają naogół napad tylko na czas trwania snu względnie narkozy. Autorzy podają 10 przypadków chorych poencephalitycznych z napadami okoporaźnymi, gdzie udało się za pomocą calcibronatu (firma Sandoz), uzyskać bardzo dobre rezultaty. Zmniejszał się czas trwania napadów i częstość ich występowania, w wielu przypadkach napady ustępowały całkowicie na czas regularnego pobierania calcibronatu. Autorzy przekonali się, że środek ten ma znaczenie nieomal elektywne, i że przypisać to należy synergetycznemu działaniu bromu i wapnia na pień mózgowy. Żaden z tych składników dawanych oddzielnie nie dawał wybitniejszej poprawy. W jednym przypadku udało się im za pomocą calcibronatu, oczywiście przy jednoczesnym stosowaniu leczenia atropinowego, usunąć bardzo ciężkie napady mrugania. Poza tym potwierdzają oni spostrzeżenie I. Steinmanna, że regularne dawki calcibronatu zwiększają tolerancję na atropinę, względnie usuwają objawy nadwrażliwości na ten lek.

Dawkowanie calcibronatu nie może być zbyt skąpe i winno według doświadczenia autorów wynosić 3 × dziennie po 2 łyżeczki ziarenek regularnie w ciągu dłuższego czasu. Należy położyć specjalny nacisk na regularność zażywania leku, gdyż rezultaty widoczne są nieraz dopiero po 1 — 2 tygodniach, z drugiej zaś strony działanie leku rozciąga się na pewien czas po zaprzestaniu stosowania tego środka. Autorzy gorąco zalecają stosowanie calcibronatu przy napadach okoporaźnych, podkreślając przy tym, że kuracja musi być długotrwała, połączona z dietą małosolną.

Dr. Z. Mackiewicz.

———:o:———

PRIBRAM. *Niedomoga wątroby przed- i pooperacyjna, jej zapobieganie i leczenie.* (Ze sprawozdania urzędowego z Międzynarodowego Kongresu, poświęconego niedomodze wątroby. Vichy, 16 — 18 wrzesień, 1937 r.).

1) Niedomoga wątroby jest zwykle następstwem jej stanu zapalnego (hepatitis) — leczenie niedomogi wątroby pokrywa się więc w większości przypadków z leczeniem jej zapalenia.

2) Za najlżejszą postać zapalenia wątroby uznać należy jej przelotne obrzmiewanie. Ponieważ obrzmiewanie to u niektórych osobników występuje w związku ze spożyciem określonych potraw, można ująć to jako objaw allergiczny i przez podobieństwo do pokrzywki skórnej, nazwać pokrzywką wątrobową.

3) Najwłaściwsze leczenie tych stanów polega na stosowaniu środków odpęczniających, a więc 40%-ych rozczynów glukozy.

4) Od przelotnego obrzmiewania wątroby odróżnić należy zapalenie surowicze (Rössle, Eppinger), charakteryzujące się obecnością wysięku o dużej zawartości białka, który cofa się znacznie trudniej.

5) Znana jest postać zapalenia wątroby z wybitnym udziałem gruczołów wrót wątroby; ma ona niekiedy charakter toksyczno-allergiczny, niekiedy występuje w przebiegu chorób zakaźnych (grypa, angina). W tej ostatniej postaci korzystne może być wycięcie migdałków.

6) Istnienie niedomogi wątroby decyduje o wyborze środków znieczulających: przeciwwskazany jest ewipan, awertyna, pernokton; można stosować eter, znieczulenie lędźwiowe lub miejscowe.

7) Najlepszym sposobem zapobiegania niedomodze wątroby jest wykonanie w chorobach układu wątrobowo-żółciowego (zwłaszczaw przypadku zatkania przewodu żółciowego) we właściwym czasie zabiegu operacyjnego.

8) Po zabiegu operacyjnym w zaniedbanych przypadkach zatkania przewodu żółciowego spostrzega się dwie postaci niedomogi wątroby — jedna w ciągu niewielu dni prowadzi do śpiączki, druga cechuje się przewagą zaburzeń sercowo-naczyniowych.

9) W krwawieniach cholemicznych, które również należy wiązać z niedomogą wątroby, okazało się skuteczne stosowanie witaminów C i D.

10) W przypadkach zaburzeń jelitowych, związanych ze stanem zapalnym wątroby, czy trzustki, przebiegających ze stolcami tłuszczowymi i biegunkami, okazało się korzystne stosowanie wyciągu — hormonu ściany woreczka żółciowego (preparat „cholecysmon").

11) W przewlekłych stanach zapalnych wątroby, stosowany jest z dobrymi wynikami nowy zabieg, t. zw. gimnastyka komórki wątrobowej, polegająca na wywoływaniu w tej komórce rytmicznych zmian procesów asymilacji i dyssymilacji.

Dr. M. Meinster.

PRZEGLĄD KARDIOLOGICZNY.

K. GUTZEIT. *O leczeniu niedomogi serca i krążenia podawaniem wyłącznie soków owocowych.* (Therapie der Gegenwart Nr. 3, 1938 r.).

Oficjalna nauka lekarska stosuje obecnie dość szeroko diety z ograniczeniem pewnych składników — jak małosolna, małobiałkowa, uboga w płyny, dietę małociepłostkową, jednak zupełna głodówka — tak rozpowszechniona w przyrodolecznictwie i medycynie ludowej — dotąd nie była uznana za godny uwagi środek leczniczy.

Autor od 2 lat stosuje (w klinice uniwersyteckiej we Wrocławiu), głodówkę, jako metodę leczniczą, w całym szeregu spraw chorobowych. W tym artykule autor zdaje sprawę z wyników leczenia podawaniem wyłącznie soków owocowych niedomogi serca i krążenia.

Głodówkę przeprowadza się w sposób następujący: chory otrzymuje dziennie 600 — 800 — 1000 ccm soków owocowych i jarzynowych; ilość tę rozdziela się na 3 porcje i zaleca choremu pić wolno, łykami. Czas trwania kuracji wynosi 10 — 20 dni. Przed rozpoczęciem kuracji stosujemy przez kilka dni środki czyszczące (sól gorzką) i lawatywy. Pozostawanie w łóżku podczas leczenia nie jest konieczne, ruch dawkujemy indywidualnie, zależnie od stanu chorego.

Chorzy naogół znoszą głodówkę nadspodziewanie dobrze — jeśli doznają pewnej przykrości, to tylko podczas pierwszych 2 — 3 dni (stosujemy wówczas małe dawki luminalu), następnie czują się znakomicie.

Leczniczy wpływ głodówki zaznacza się najwyraźniej u chorych z wybitnymi obrzękami. Następuje duże odwodnienie, dzienny spadek wagi wynosi ½ — 1 kg., wzmożone ciśnienie krwi opada, zwiotczałe, duże serce zmniejsza się i odzyskuje prawidłowe napięcie, zastój w płucach ustępuje (te zmiany w sercu i płucach występują wyraźnie w obrazie rentgenowskim). Stan ogólny poprawia się, wraca wydolność krążenia i zdolność do pracy. Szczególnie pomyślne wyniki uzyskuje się u chorych z niedomogą krążenia, dotkniętych zarazem otyłością i cukrzycą.

Na ogół autor lecząc podawaniem wyłącznie soków owocowych nie stosował żadnych środków farmakologicznych. Jedynie w wypadkach, gdy stan chorego był tak ciężki, że nie można było czekać kilka dni na wystąpienie efektu głodówki, rozpoczynano równocześnie dożylne wstrzykiwania glukozy ze strofantyną.

Niezmiernie ważne jest umiejętne przejście po ukończeniu leczenia od głodówki do diety zwykłej. Raptowna zmiana może zniweczyć osiągnięte wyniki. Nagłe obciążenie ustroju białkiem zwierzęcym może wywołać ciężki wstrząs z zapaścią krążeniową.

Gdy kończy się więc okres ścisłej głodówki, zastępujemy stopniowo coraz większą część soków pokarmem roślinnym, dodając nieco tłuszczu dla zwiększenia dowozu ciepłostek. Następnie zwiększamy dzienną ilość płynów do 1200 — 1500 ccm. Utrzymując zasadniczo roślinny charakter diety, dodajemy wreszcie ostrożnie nieco białka zwierzęcego w postaci mleka, sera, mięsa i ryby.

Autor podkreśla, że tak przeprowadzone leczenie dawało dobre wyniki w przypadkach rozpaczliwych, w których wyczerpano bez powodzenia wszystkie współczesne metody dietetyczno-farmakologiczne.

Leczenie głodówką jest przeciwwskazane w ciężkich postaciach dychawicy sercowej z obrzękiem płuc i w niemiarowości zupełnej z szybkim tętnem i licznymi skurczami daremnymi.

Mechanizm działania zalecanej diety nie jest dokładnie znany. Dieta ta, jako małociepłostkowa, małosolna, małobiałkowa, uboga w płyny, zawierająca dużo potasu i wapnia, odciąża krwiobieg i przemianę materii, działa odwapniająco, sprzyja wydalaniu z ustroju odpadków, powstających w procesach przemiany materii, zwłaszcza białkowej.

Dr. N. Meinster.

———:o:———

R. CANTE. *Leczenie skurczów naczyniowych.* (Carnet Medical Français, styczeń 1938).

Lecznictwo skurczów naczyniowych polega na stosowaniu środków rozszerzających naczynia, które teoretycznie są środkami przeciwskurczowymi. Najczęściej są stosowane następujące środki:

I. *Pochodne choliny:* acetylcholina, methylacetylcholina i bromocholina mogą być stosowane we wszystkich przypadkach skurczów tętniczych, praktycznie jednak podaje się je przeważnie w skurczach tętnic mózgu i siatkówki. a) *Rozmiękczenie mózgu:* w świeżych przypadkach stosuje się acetylcholinę podskórnie lub domięśniowo w dawkach 10 — 20 ctgr. dziennie w ciągu 3 tygodni. Dziesięciodniowe serie acetylcholiny powinny być następnie stosowane zapobiegawczo w ciągu 3 — 4 miesięcy w dawce od 5 — 15 ctgr. dziennie; b) *Migrena:* stosowana na samym początku napadu acetylcholina w dawce 10 ctgr. daje dobre wyniki; c) *Zaburzenia mózgowe u hypertoników:* przejściowe bóle głowy, brak pamięci, porażenia i t. d. są częstymi zjawiskami w nadciśnieniu. Aby uniknąć poważniejszych powikłań na tle zaczopowania lub pęknięcia tętnicy, autor stosuje przez dłuższy czas acetylcholinę; d) *Skurcze naczyń siatkówki:* należy tutaj działać szybko. Dawki podskórne i domięśniowe stosowane kilkakrotnie dochodzą w tych wypadkach do 60 ctgr. dziennie; e) *Skurcze naczyń uda;* f) *Skurcze naczyń kończyn dolnych.*

II. *Azotyny:* do nich należą: azotyn amylu podawany w dawce 3—5 kropel w inhalacji, trinitrina stosowana w postaci 1% roztworu alkoholowego i podawana w ilości 2 — 3 kropel na cukrze lub w mieszance Vaqueza kilka razy dziennie. Azotyn sodu i trinitrina mają działanie krótkie i gwałtowne, dlatego należy je podawać w nagłych wypadkach skurczu tętnic wieńcowych. Czteroazotan erytrolu podaje się w ilości 1 mg. do 3 mg. dziennie w pigułkach i roztworach alkoholowych 1/60. Azotyn sodu stosuje się w mieszankach w dawce od 15 — 25 ctgr. dziennie. Azotyn etylu stosuje się w mieszance od 1 — 4 gr. dziennie. Azotyny podaje się w: dusznicy bolesnej, skurczach tętnic siatkówki, skurczach tętnic mózgu.

III. *Perparina* stosuje się w dawce od 15 — 35 ctgr. dziennie (Baconnet). Domięśniowo podaje się od 20 — 25 ctgr. dziennie. W s k a z a n i a: dusznica bolesna, nadciśnienie, skurcze tętnic siatkówki.

IV. *Będźwinian benzylu.* Macht stosuje roztwór alkoholowy 20 na 100. Bierze się 3 razy dziennie po 20 kropel. Zapobiegawczo wystarczy 3 razy dziennie po 5 kropel. Niektórzy chorzy nie znoszą tego roztworu, można wtedy podawać roztwór oleisty lub w kapsułkach.

V. *Czosnek.* Znajduje się w sprzedaży pod postacią esencji i nalewki. Najczęściej stosowana jest nalewka w ilości 20 — 25 kropel dziennie. Można również wstrzykiwać czosnek domięśniowo codziennie lub co 2 dni. Jeden zastrzyk zawiera 2 ctg. esencji z czosnku na 2 cm^3 oliwy.

Dr. A. Boczko.

———:o:———

LOWE. *Trójchloretylen w leczeniu dławicy piersiowej.* (Ann. Inst. Med. Lancaster, 1937, s. 10).

Autor badał wpływ trójchloretylenu na napady dławicy piersiowej. W 27 przypadkach zastosowano wziewanie trójchloretylenu 3 — 4 razy dziennie. Po nadłamaniu szklanej ampułki, zawierającej 1,0 trójchloretylenu wylewano lek na chusteczkę. Pierwsze wziewanie winno bezwarunkowo odbywać w obecności lekarza, który mógłby spostrzegać natychmiastowy skutek i odpowiednio zadziałać na chorego w razie wystąpienia objawów alarmujących. Podczas zabiegu wziewania chory winien leżeć lub wygodnie siedzieć, ponieważ po tym mogą wystąpić zawroty głowy i krótkotrwała utrata przytomności. Kurs leczenia trwa około 3 tygodni. Jeżeli po upływie tego czasu nie wystąpi poprawa, wówczas leczenie należy przerwać. Po osiągnięciu pomyślnego skutku należy stopniowo zmniejszyć dawkę i ograniczyć się do ilości wystarczającej do uzyskania dobrego stanu chorego.

Zawroty głowy zwykle trwają kilka sekund, tak samo szybko powraca przytomność. W przypadkach podniecenia nerwowego, podrażnienia, zaburzeń snu trójchloretylen wywiera działanie uspokajające. 6 chorych otrzymało trójchloretylen natychmiast po napadach bólu na tle zawału. Śród powyższych 6 chorych uśmierzenie bólów w 3 przypadkach było wydatniejsze po trójchloretylenie niż po morfinie, co stwierdzono w ciągu najbliższych 12 godzin. W 1 przypadku, jednak morfina była skuteczniejsza. W pozostałych dwóch przypadkach nawet po opóźnionym podaniu trójchloretylenu również uzyskano uśmierzenie bólów. W porównaniu do morfiny trójchloretylen posiada tę zaletę, że nie wywołuje zaparcia. W pozostałych 21 przypadkach, w 18 stwierdzono miażdżycę, której towarzyszyło wyraźnie zaznaczone nadciśnienie. U wszystkich tych chorych zdołano zahamować napady dławicy. Prócz tego w 8 przypadków uzyskano zmniejszenie się nasilenia i częstości napadów, w jednym przypadku spostrzegano nieznaczną poprawę; u 4 chorych nie udało się uzyskać wyraźnego skutku pomyślnego; w 7 przypadkach wystąpił nawrót po przerwaniu wziewań w przeciągu 24 godzin do kilku godzin.

Chemicznie czysty trójchloretylen nie jest trujący w wymienionej dawce, jednak w fabrykach, produkujących ten lek, spostrzegano przypadki zawodowego zatrucia, wobec czego przy stosowaniu tegoż należy zachować ostrożność.

Dr. N. Szyk.

DZIAŁ SPOŁECZNO-LEKARSKI.

BIULETYN PRASOWY ZWIĄZKU UZDROWISK POLSKICH.

Walny Zjazd Związku Uzdrowisk Polskich.

Dnia 9 kwietnia 1938 r. odbył się w stolicy, w lokalu Związku Uzdrowisk Polskich Walny Zjazd przedstawicieli uzdrowisk polskich.

Posiedzenie zagaił w imieniu nieobecnego z powodu niedyspozycji Prezesa, sen. Stanisława Karłowskiego, dyrektor Stanisław Wiśniewski, proponując wybór na przewodniczącego Zjazdu, Jana hr. Potockiego, założyciela przed 27 laty we Lwowie Związku Uzdrowisk Polskich i długoletniego członka honorowego.

Hr. Potocki powitał zgromadzonych gości, wśród nich pp. WMinistra Komunikacji, inż. Aleksandra Bobkowskiego, delegata p. Ministra Opieki Społecznej, dyrektora Departamentu Służby Zdrowia M.O.S. dr. Jana Adamskiego oraz innych przedstawicieli władz, samorządu gospodarczego, instytucyj społecznych i organizacyj, współpracujących ze Związkiem, jak również przedstawicieli prasy z płk. Wyżeł-Ścieżyńskim, prezesem Związku Dziennikarzy R. P. i Fr. Głowińskim, wicedyrektorem Polskiego Związku Wydawców Dzienników i Czasopism na czele oraz przedstawicieli Polskiego Radia. Związek uczcił przez powstanie i minutową ciszę pamięć zmarłego Prezesa Związku, ś. p. Rajmunda Jarosza.

Następnie Jan hr. Potocki z Rymanowa w pięknych słowach, porównując uzdrowiska do klejnotów i pereł, rozsypanych na barwnej makacie, wezwał zebranych do owocnej pracy dla dobra kraju przez dążenie do jak największego rozwoju uzdrowisk polskich. Poczem witali Zjazd dyr. Adamski, imieniem Państwowej Służby Zdrowia, WPrezydent dr. W. Graba-Łęcki w imieniu Prez. Starzyńskiego, dr. Natanson, przedstawiciel Ministerstwa Spraw Wewnętrznych; p. M. Szaniawski, prezes Naczelnej Organizacji Polskiego Przemysłu Hotelowego; red. Delinikajtis, który w imieniu Polskiego Radia oświadczył gotowość służenia sprawie polskich uzdrowisk. Zostały również odczytane życzenia owocnych obrad, nadesłane przez WMin. Spraw Wewn., dr. Nakoniecznikow-Klukowskiego; dyrektora Gabinetu Ministra Opieki Społecznej p. Dworzańczyka; prezydenta m. Krakowa, dr. M. Kaplickiego, Polskie Tow. Balneologiczne i inne.

Poczem przyjęto przez aklamację propozycję Przewodniczącego Zjazdu wysłania depesz hołdowniczych do Pana Prezydenta Mościckiego i Marszałka Śmigłego-Rydza oraz do Premiera, Gen. Dr. Sławoj-Składkowskiego, Wice-Premiera Min. Eug. Kwiatkowskiego, Ministra Opieki Społecznej, M. Zyndram-Kościałkowskiego, Ministra Komunikacji, płk. Juliusza Ulrycha i Ministra Przemysłu i Handlu, Antoniego Romana.

W dalszym ciągu obrad WPrezes, Dyrektor St. Wiśniewski z Ciechocinka wygłosił ciekawy referat na temat „Potrzeby i możliwości inwestycyjne uzdrowisk polskich". Po nim zabrał głos przedstawiciel Ligi Popierania Turystyki, który w referacie swoim podkreślił ścisłą współpracę ze Związkiem Uzdrowisk i m. in. będącą w toku załatwiania akcję przedłużenia sezonów uzdrowiskowych w r. 1938.

Zebranie zatwierdziło protokół Walnego Zjazdu z ub. roku oraz aprobowało udzielone przez Dyrektorkę Związku, p. H. Minkiewiczową, sprawozdanie z działalności Zarządu Związku Uzdrowisk Polskich za 1937/38 r. Przyjęto bilans za rok 1937/38, zatwierdzono sprawozdanie Komisji Rewizyjnej i uchwalono perliminarz budżetowy na 1938/39 r.

Na wniosek Zarządu Walny Zjazd jednogłośnie obrał Adolfa bar. Brunickiego, właściciela Lubienia Wielkiego, który położył szczególniejsze zasługi dla rozwoju i podniesienia uzdrowisk, — drugim członkiem honorowym Związku Uzdrowisk Polskich.

W myśl obowiązującego statutu Związku, Zarząd konstytuuje się wewnątrz — co nastąpi na najbliższym posiedzeniu Zarządu w dniu 28.V.38 r. w Truskawcu.

Przewodnik po Kąpieliskach morskich Wybrzeża i Plakat propagandowy kąpielisk.

Związek Uzdrowisk Polskich, wykonując uchwałę swojej Komisji Morskiej, przy wydatnej pomocy Wydziału Turystyki Ministerstwa Komunikacji, wydaje w dużym nakładzie ilustrowany przewodnik po kąpieliskach morskich naszego Wybrzeża. Przewodnik, poprzedzony artykułem znanego balneologa, doc. Dr. A. Sabatowskiego, o właściwościach leczniczych morza, powietrza morskiego i słońca, będzie zawierał pożyteczne informacje o warunkach pobytu w poszczególnych miejscowościach, wymieni pensjonaty, ceny pokojów i utrzymania, atrakcje miejscowe i wycieczki, informacje o komunikacji i t. p. Załączona do przewodnika mapka szematyczna Wybrzeża, ułatwi orientowanie się w rozmieszczeniu geograficznym wymienionych w Przewodniku miejscowości. Potrzeba takiego przewodnika dawno dała się odczuwać, jest to więc swego rodzaju praca pionierska Związku.

Plakat artystyczny i wielobarwny, z napisami również w językach obcych, będzie apelował do szerokiej publiczności w kraju i zagranicą, zachęcając do odwiedzania kąpielisk morskich Wybrzeża.

Dzięki więc inicjatywie Związku Uzdrowisk Polskich, nasze Wybrzeże doczeka się nareszcie propagandy w szerszym zakresie.

Obydwa wydawnictwa ukażą się w końcu kwietnia r. b.

Plakat w wykonaniu prof. Tadeusza Gronowskiego.

Obrady w przedmiocie kredytów inwestycyjnych dla uzdrowisk.

W dniu 4 bm. odbyła się w Departamencie Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej przy współudziale delegata Gabinetu Ministra konferencja porozumiewawcza z przedstawicielami Związku Uzdrowisk Polskich w sprawie kredytu inwestycyjnego dla uzdrowisk.

Obradom przewodniczył Wicedyrektor Departamentu Sł. Zdrowia Płk. dr. Babecki, uczestniczyli w nich z ramienia Ministerstwa naczelnik wydziału nadzoru nad lecznictwem, przedstawiciel Gabinetu Ministra, do którego kompetencji — jak wiadomo — należą sprawy budżetowe, oraz z ramienia Związku Uzdrowisk Prezes St. Karłowski, vprezes dr. Kaden i dyrektorka biura Związku H. Minkiewiczowa.

W związku z przedmiotem obrad ustalona została zgodnie kwestia zasadnicza, że pomoc kredytowa dla uzdrowisk jest niezbędną, jak również, że starania o jej uzyskanie powinny pójść w kierunku wyodrębnienia potrzebnych na ten cel kwot z funduszów kredytowych, przewidzianych w ramach ogólnopaństwowego 4-letniego planu inwestycyjnego. W toku dyskusji dano wyraz przekonaniu, że szerokie ujęcie potrzeb gospodarczych i społecznych, objętych w planie specjalnymi funduszami. pozwolić musi na zaspokojenie również i uzdrowiskowych potrzeb inwestycyjnych, stanowiących o poziomie naszych miejscowości leczniczych.

Powietrze w górach jest czyściejsze niż w mieście!

Badania naukowe, których zadaniem było ustalenie stopnia zanieczyszczenia powietrza, którym oddychamy w wielkich miastach stwierdziły, iż przeciętnie w 1 cm sześć. powietrza miejskiego znajduje się 10.000 cząsteczek kurzu. Rzecz jasna, że to są zasadnicze rozsadniki wszelakich chorób i działalność ich jest ze wszech miar szkodliwa dla organizmu ludzkiego.

Z drugiej strony odpowiednie obserwacje w niektórych wysokogórskich ośrodkach sportów zimowych dowiodły, że zimą powietrze w tych okolicach zawiera mniej więcej do 100 cząsteczek kurzu — jest więc 100 razy czyściejsze od powietrza miejskiego.

Jeżeli uwzględnić ten naukowo stwierdzony fakt, to zrozumiałym się staje, że uprawianie sportów zimowych w górach przynosi mieszkańcowi wielkiego miasta poczucie całkowitego odrodzenia fizycznego i duchowego.

TREŚĆ

str.

REDAKTOR: w/z Dr. Med. Aleksander Kiciński

WYDAWCA: Mgr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
Złota 26 m. 5, tel. 2.11-55.
Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.


SYNERGA
urofan
ROZPUSZCZA ZŁOGI MOCZANOWE
USUWA STANY ZAPALNE
ŁAGODZI BÓLE
PIPERAZINUM
LITHIUM CITRIC.
PYROCHINOLUM
HEXAMONUM
WSKAZANIA:
DNA OSTRA i PRZEWLEKŁA
GOŚCIEC STAWOWY
PODAGRA
RWA KULSZOWA
KAMICA NERKOWA i PĘCHERZOWA
PRZEMYSŁ CHEMICZNY
SYNERGA SP. z O.O.
WARSZAWA · AL. GRÓJECKA 75-77
J. ZOLLER